

様式第6号（第13条関係）

社会福祉法人等利用者負担額軽減確認証再交付申請書

（あて先）胎内市長

次のとおり社会福祉法人等利用者負担額軽減確認証の再交付を申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者	氏 名	本人との関係	
	住 所	〒 電話番号	

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者の氏名のみ記入してください。

被保険者	被保険者番号																			
	フリガナ											生年月日	年 月 日							
	氏 名																			
	住 所	〒 電話番号																		

再交付申請の理由	1 破損
	2 汚損
	3 紛失
	4 その他( )

※第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）の方のみ記入してください。

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	記号	番号