

川上村福祉医療費受給者証紛失届

紛失した受給者証	受給者番号				
紛失直近に給付を受けたものの	医療取扱機関名		受給年月日	年	月 日
	受給者者名		生年月日	年	月 日

紛失の経過

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

住 所 川上村大字

氏 名

川上村長 殿

誓 約 書

受給者証を発見したときは、ただちに返却します。なお受給者証紛失のため生じた事故については、貴村に負担をかけないことを誓約します。

令和 年 月 日

氏 名

処 理
てんまつ