様式第５号（第 10 条関係）

医療費受給者証等き損・滅失届

（□障害　□ひとり親　□子育て支援）

令和　　年　　月　　日

苫 小 牧 市 長　　様

申請者
住　所　　苫小牧市　　町　　丁目　　番　　号
番地の

氏　名　　（続柄　　）

電　話　　－

医療費受給者証等をき損・滅失したので、次のとおり届出します。

受 給 者	氏　名		受給者番号	
	住　所	□同上		
受 給 者	氏　名		受給者番号	
	住　所	□同上		
受 給 者	氏　名		受給者番号	
	住　所	□同上		
【理由】 □破損　□汚損　□紛失　□その他（　　）				

決裁年月日	課長　・　係長　・　主査　・　係	受付	入力	チェック	封詰め	発送

2025.9