

様式4号（第4条、第8条関係）

公費負担医療受給者届

年 月 日

（宛先） 下関市長

世帯主 住所 _____

氏名 _____

電話 _____

次のとおり、公費負担医療受給者について届けます。

1 公費負担医療の受給者	
住 所	
氏 名	
個人番号	
2 公費負担医療の名称	
3 被保険者記号・番号	
4 公費負担医療の受給者番号	
5 受給（受給対象者となった）年月日	

◎ この届の提出の際には、規定による医療等を受けることができるものであることを証明する書類（受給者証の写し）を添付してください。