

乳幼児等医療費受給資格証 交付・再交付 申請書

Application to Issue/Reissue Certificate of Eligibility for Infant Medical Fee Aid

資格証 記号番号 Certificate Number					
乳 幼 児 等 Child	ふりがな Furigana		生年月日 Date of Birth	平成 令和	Year 年Month 月Day 日
	氏名 Name				
	My Number 個人番号		年齢 Age		歳 Years
	住所 Address	①出雲市 IZUMO-SHI			
受 給 資 格 者 Recipient	ふりがな Furigana		生年月日 Date of Birth	昭和 Showa 平成 Heisei	年Year 月Month 日Day
	氏名 Name				
	住所 Address	<input type="checkbox"/> ①と同じ Same as ①		乳幼児等との続柄 Relationship to Child	
	電話番号 Telephone	() -			
加 入 保 険 Insurance information	被保険者氏名 Name of Insured		被保険者証の記号 番号 Insurance Number		
	保険種別 Type of Insurance	協・Shakai hoken ・ 国 Kokumin Kenkō Hoken	附加給付の有無 Receiving Additional Benefits	有Yes ・ 無 No	
	保険者名 Name of Insurer	Please attach a copy of your insurance card			
資格証 Certificate 申請事由 Reason for Application	交付 Issuance 再交付 Reissue	1. 出生したため Birth 3. 破損・亡失したため Lost or Damaged 2. 転入してきたため Moved 4. その他 Other () (交付事由発生年月日 Date of Application : 平成・令和Year 年Month 月Day 日)			
上記のとおり、乳幼児等医療費受給資格証の交付（再交付）を申請します。 I hereby apply for the Issuance (Reissue) of a Certificate of Eligibility for Infant Medical Fee Aid 令和Year 年Month 月Day 日 <input type="checkbox"/> 受給資格者と同じ Same as aid recipient 住 所 Address 申請者 Applicant 氏 名 Name 電話番号 Telephone () - 出雲市長 様 Mayor of Izumo City					

受付	照合