

乳幼児等医療費受給資格証 交付・再交付 申請書

資格証 記号番号						
乳 幼 児 等	ふりがな		生年月日	平成 令和	年 月 日	
	氏名		年齢	歳		
	住所	①出雲市				
受 給 資 格 者	ふりがな		生年月日	昭和 平成		年 月 日
	氏名					
	住所	□①と同じ		乳幼児等 との続柄		
	電話番号	() -				
加 入 保 険	被保険者氏名		被保険者証の記 号番号			
	保険種別	協・組・船・共・国		附加給付の有無	有・無	
	保険者名	別添 健康保険証(写)のとおり				
資格証 交付 再交付 申請事由	1. 出生したため 3. 破損・亡失したため 2. 転入してきたため 4. その他 () (交付事由発生年月日： 平成・令和 年 月 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。						
令和 年 月 日						
□受給資格者と同じ						
住所						
申請者 氏名						
電話番号 () -						
出雲市長 様						

受付	照合