

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	年 月 日	
	氏名		年齢	歳	
	個人番号				
	住所	①出雲市			
受 給 資 格 者	ふりがな		生年月日	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	()			
資格証 申請事由	交付 再交付	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： 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。 年 月 日 <div style="text-align: right;">□受給資格者と同じ</div> 住所 申請者 氏名 電話番号 () - 出雲市長 様					

受付	照合