

子ども医療費受給資格証交付・再交付申請書

資格証 記号番号				
助成対象子ども	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		
（主たる受給資格者 生計中心者）	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	□①と同じ		助成対象子どもとの続柄
	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 險 者 名			
資格証交付・再交付 申請事由			1. 助成対象となったため 2. 転入してきたため 3. 破損・亡失したため 4. その他 () （交付事由発生日： 年 月 日）	
上記のとおり、子ども医療費受給資格証の交付（再交付）を申請します。				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;">年 月 日</div> <div style="width: 40%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/>受給資格者と同じ 住 所 申請者 氏 名 出雲市長 様 </div> <div style="width: 40%; text-align: right;"> 電話番号 (-) </div> </div>				

受付	照合