

Application to Issue/Reissue Certificate of Eligibility for Children's Medical Aid

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 Certificate Number						
Eligible Child 助成対象子ども	ふりがな		Date of Birth 生年月日	Year年	Month月	Day日
	Name 氏名		Age 年齢	Years歳		
	My Number 個人番号					
	Address 住所	①Izumo shi 出雲市				
Beneficiary (primary provider) 受給資格者 (主たる生計中心者)	ふりがな		Date of Birth 生年月日	Year年	Month月	Day日
	Name 氏名		Relation to the eligible child 助成対象子どもとの続柄			
	Address 住所	<input type="checkbox"/> Same as ① ①と同じ				
	Telephone 電話番号	() -				
Insurance Information 加入保険	Name of the Insured Person 被保険者氏名					
	Insurance Card Number 被保険者証の記号番号					
	Type of Insurance 保険種別	協・組・船・共・国 Additional Benefits 附加給付金の有無 Yes有・No無				
	Insurance Company Name 保険者名					
Reason for application 資格証交付・再交付 申請事由			1. Elementary school・Junior high school. 助成対象となったため 2. Moved 転入してきたため 3. Lost or Damaged 破損・亡失したため 4. Other その他 () (Date of Applicatio 交付事由発生日 : Year年 Month月 Day日)			
I hereby apply for issuance (Reissue) of Certificate of Eligibility for Children's Medical Aid. 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。						
Year年		Month月	Day日	Applicant 申請者	<input type="checkbox"/> Same as Beneficiary. 受給資格者と同じ Address 住所 Name 氏名 Telephone 電話番号 (- -)	
Mayor of Izumo City 出雲市長 様						

受付	照合