

乳幼児等医療費受給資格証 交付・再交付 申請書 Certificado de aplicação Despesas médicas lactentes - Emissão e reemissão.

資格証 記号番号 Número da credencial					
乳 幼 児 等 <small>Nome criança</small>	ふりがな Furiganá		生年月日 Data nascimento	平成 令和	Ano 年Mês 月Dia 日
	氏名 Nome		年齢 Idade	歳 Anos	
	住所 Endereço	①出雲市 IZUMO-SHI			
受 給 資 格 者 <small>Beneficiário</small>	ふりがな Furiganá		生年月日 Data aniversário	昭和 Showa	年Ano 月Mês 日Dia
	氏名 Nome			平成 Heisei	
	住所 Endereço	□①と同じ O mesmo que ①.		乳幼児等との続柄 Grau parentesco	
	電話番号 Telefone	() -			
加 入 保 険 <small>Seguro inscrito</small>	被保険者氏名 Nome segurado		被保険者証の記号 番号 Numeração do seguro		
	保険種別 Tipo de seguro	協・Shakai hoken ・ 国 Kokumim Kenko Hokem	附加給付の Acréscimo seguro extra 有 Sim 無 Não	有 Sim ・ 無 Não	
	保険者名 Nome do seguro	別添 健康保険証(写)のとおり Conforme cópia da caderneta de seguro saúde , em anexo.			
資格証 Qualificação	交付 Emissão 再交付 Reemissão 申請事由 Aplicação	1. 出生したため Nascimento 3. 破損・亡失したため Danos ou perdas 2. 転入してきたため Mudança 4. その他 Outros () (交付事由発生年月日 Data da aplicação : 平成・令和Ano 年Mês 月Dia 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。 Conforme dados acima, solicito a emissão (reemissão) do certificado de aplicação despesas médicas lactentes. 令和Ano 年Mês 月Dia 日 □受給資格者と同じ O mesmo que o beneficiário elegível. 住 所 Endereço 申請者 Requerente 氏 名 Nome 電話番号 Telefone () - 出雲市長 Sr. Prefeito de Izumo 様					

受付	照合