

乳・様式第1号の3（別表第1関係）

児・様式第3号（第5条関係）

乳幼児等・児童 医療費受給資格証

交付
再交付
異動
喪失
申請書
届
届

乳幼児等・児童	フリガナ		性別	男	女
	氏名		生年月日	年	月 日
	住所	益田市			
受給資格者	フリガナ		性別	男	女
	氏名		生年月日	年	月 日
	住所				
	乳幼児等・児童との続柄		電話番号		
加入保険	被保険者氏名		記号番号	(記号)	(番号) (枝番)
	保険種別		附加給付の有無		
	保険者名		所在地		
資格証 異動 喪失 再交付 申請 届出 事由 (該当するものを で囲む)	申請事由 1.出生したため 2.転入してきたため 3.保険に新たに加入したため 4.生活保護廃止のため 5.その他	異動事由 1.保険変更となったため 2.項目訂正となったため 3.その他	喪失事由 1.転出したため 2.年齢到達したため 3.保険喪失したため 4.生活保護の開始のため 5.死亡のため 6.他法優先のため 7.その他	再交付 1.亡失したため 2.破損したため 3.その他	その他内容() (事由発生年月日 令和 年 月 日)
上記のとおり、乳幼児等・児童医療費受給資格証の交付（再交付）・異動・喪失を申請・届出します。					
令和 年 月 日			申請者 住所 (届出者) 氏名(署名) (乳幼児等・児童との続柄)		
益田市長 様					