

子ども医療費受給資格証
 交付・再交付・異動・喪失
 申請書
 届

子ども	フリガナ			受給資格証記号番号					
	氏名			生年月日	年	月	日		
	住所								
受給資格者	フリガナ			子どもとの続柄					
	氏名			生年月日	年	月	日		
	住所								
加入保険	フリガナ			生年月日	年	月	日		
	被保険者			記号番号	(記号)	(番号)	(枝番)		
	保険者名			保険種別			附加給付の有無		
資格証 申請届出 <small>(該当するものを○で囲む)</small>	交付・再交付・異動・喪失事由	※ 交付 (停止解除) 事由 ※		※ 異動 (記載事項変更) 事由 ※		※ 喪失 (停止) 事由 ※		※ 再交付事由 ※	
		1. 出生したため		1. 健康保険が変わったため		1. 転出するため		1. 亡失 (紛失) したため	
		2. 転入してきたため		2. 転居したため		2. 健康保険の資格を喪失したため		2. 破損したため	
3. 健康保険の資格を取得したため		3. 受給資格者が変わったため		3. 生活保護が開始されたため					
4. 生活保護が廃止されたため		4. 改姓したため		4. 他の公費医療が適用されるため					
5. 他の公費医療が適用されなくなったため		5. その他		5. 死亡したため				事由発生年月日	
6. その他		()		6. その他		()		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) ・ 異動 ・ 喪失 を 申請 ・ 届出 します。 年 月 日 住所 申請者 (届出者) 氏名 (子どもとの続柄) 電話番号 益田市長 様									