

乳幼児等・児童 医療費受給資格証

交 付 申 請 書  
再交付  
異 動 届  
喪 失 届

乳幼児等・児童	フリガナ		性 別	
	氏 名		生年月日	
	住 所			
受給資格者	フリガナ		性 別	
	氏 名		生年月日	
	住 所		乳幼児等・児童との続柄	
	勤務先		電話番号	
			勤務先電話番号	
加入保険	被保険者氏名		被保険者証の記号番号	
	保 険 種 別		附加給付の有無	
	保 険 者 名		所 在 地	
資格証 交付 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 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。 年 月 日				
益田市長 様			住所 申請者 (届出人) 氏名 (乳幼児等・児童との続柄 )	