

記入例

決 裁	部長	課長	補佐	係長	係員	合議	受付	
							決 定	
							台帳記載	
資格証発行	要	・	否	發行				

子ども医療費受給資格証 交付・再交付 申請書

子 ど も も 受 給	フリガナ 氏名	ヤスギ サクラ 安来 さくら	生年月日	令和6年1月10日
	住所			
	フリガナ 氏名		生年月日	

※届出の際は、①届出者の本人確認資料(マイナンバーカード等)及び

②お子様の被保険者証(出生・転入での申請のみ)が必要です。

郵送の場合は、①②のコピーを添付してください。

保険者名	↓↓↓↓↓いずれかに○をしてください↓↓↓↓		
資格証交付 再交付 申請事由	1. 出生したため 2. 転入してきたため 3. 破損したため 4. 亡失したため 5. その他 ()		
	(交付事由発生年月日 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)を申請します。

年 月 日

※届出日をご記入ください

申請者

住所 安来市安来町 878-2

氏名 安来 太郎

電話番号 (090) -*****-****

(子どもとの続柄 父)

【郵送先】

〒692-8686 安来市安来町 878-2
安来市役所 市民課 保険年金係 宛
電話番号: 0854-23-3084