

決 裁	課長	主査	係長	担当	合議	受 付	記入例
						決 定	
						台帳記載	
資 格 証 発 行			要 ・ 否			発 行	

子ども医療費受給資格証 交付・再交付 申請書

子 ど も	フリガナ	ヤスギ サクラ	生年月日	令和7年4月1日
	氏 名	安来 さくら		
	住 所			
受 給 資 格 者	フリガナ	ヤスギ ハナコ	生年月日	
	氏 名	安来 花子		
	住 所			
加 入 保 険	被 保 険 者 名	※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お子様の保険情報のわかるもの(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			
	保 険 者 名			
資 格 証 交 付 再 交 付 申 請 事 由	↓↓↓↓いずれかに○をしてください↓↓↓↓ ① 出生したため 4. 亡失したため 2. 転入してきたため 5. その他 () 3. 破損したため (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 住所 安来市安来町 878-2 申請者 安来 太郎 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：0854-23-3087