

子ども医療費受給資格証破損亡失届及び再交付申請書			
受給 資格者	資格証の記号 番 号		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
子 ども	氏 名		生 年 月 日
	住 所		年 月 日
加入医 療保険	被保険者氏名		保険証記号番号
	保 険 者 名		

子ども医療費受給資格証を破損
亡失したのでお届けし、その再交付を申請します。

年 月 日

住所

届出人

氏名

(子どもとの続柄)

(あて先) 松江市長

受付者 () 証発行 (窓口交付済・郵送対応)