様式第15号(第9条関係)

|  |
| --- |
| 　　　乳幼児等医療費受給資格証破損・亡失届 |
| 受給資格者 | 資格証記号番号 | 　 | 生年月日 |
| 氏名 | 　 | 年　　月　　日　生 |
| 乳幼児等 | 氏名 | 　 | 生年月日 |
| 住所 | 　 | 年　　月　　日　生 |
| 加入保険 | 被保険者氏名 | 　 | 保険証記号番号 | 　 |
| 保険者名 | 　 |
| 　乳幼児等医療費受給資格証を | 破損亡失 | しましたのでお届けします。 |
| 　　　　　　年　　月　　日住所　　　　　　　　　　　　届出人　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　出雲市長　　　　様 |