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 | | | | | | | |