

子ども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	男・女	年 月 日	
子ども等	氏 名		生 年 月 日	
	住 所		年 月 日	
加入保険	被保険者 氏 名		被保険者証 記号番号	
	保険者名			

子ども医療費受給資格証を 破損 したのでお届けします。
亡失

年 月 日

届出人 住 所
氏 名
(子どもとの続柄)

江津市長 様

受給者証	台帳	入力	その他