

加入健康保険確認書

被認定者の方が現在加入している健康保険について、次の事項をご記入ください。

| | | | | |
|---|--|-----------------|--|-----------------|
| 被認定者 氏名 | | 公害医療手帳 記号番号 | 板橋 (19) - | |
| 認定 疾病 | <input type="checkbox"/> 気管支ぜん息 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸不全 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺気しゅ | | | |
| 保険の種類 | <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 日雇健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 | | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 | |
| 加入 健康 保険 情報 | 保険者 名称 | | | |
| | 保険者 所在地 | | | |
| | 記号 番号 | 記号 | 番号 | |
| | 保険者 番号 | | | |
| | 取得 年月日 | 年 月 日 | 交 付 年月日 | 年 月 日 |
| ★確認書類 下記の中からいずれか1点 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 資格確認書のコピー <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせのコピー <input type="checkbox"/> マイナポータルから被保険者資格情報を印刷したもの <input type="checkbox"/> 有効期限内の旧保険証のコピー (“お持ちの方のみ” 高齢受給者証のコピー) | | | | |