

使用保険証調査書

被認定者の方が現在使用している保険証について、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	
使用 保 険 証	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

※ご提出の際には保険証と高齢受給者証(お持ちの方)のコピーも添付してください。