

心身障害者医療費助成制度に係る健康保険加入状況調書

受給者氏名		生年月日	年 月 日
住所			

以下の項目について、ご記入ください（太枠の中は必ず記入してください）。

加入されている 健康保険種別 (○をつけてください)	1 国保(国保組合) 2 社保 3 後期高齢 4 共済組合 (国家 ・ 地方 ・ 私立学校) 5 船員保険
----------------------------------	--

保険者名称	
保険者番号	
有効期間開始日	年 月 日
記号・番号	

被保険者区分 (○をつけてください)	1 本人(世帯主) 2 被扶養
被保険者氏名	
被保険者住所	
被保険者生年月日	年 月 日
本人との続柄	1 本人 2 その他 ()