

心身障害者医療費助成制度に係る健康保険

記入例

受給者氏名	<b>板橋 太郎</b>	生年月日	<b>2000</b> 年 <b>1</b> 月 <b>1</b> 日
住所	<b>板橋区板橋2-66-1</b>		

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)	<input checked="" type="radio"/> 1 国保(国保組合)    2 社保    3 後期高齢 4 共済組合 ( 国家 ・ 地方 ) 5 船員保険
保険者名称	<b>板橋区国民健康保険</b>
保険者番号	<b>00138198</b>
有効期間開始日	<b>令和6</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 日
記号・番号	<b>19-〇〇〇 〇〇〇〇 (枝番)〇〇</b>

マル障受給者様の加入されている健康保険資格情報を記入してください。  
太枠の中は記入必須です。

被保険者区分 (○をつけてください)	1 本人 (世帯主) <input checked="" type="radio"/> 2 被扶養
被保険者氏名	<b>板橋 次郎</b>
被保険者住所	<b>板橋区板橋2-66-1</b>
被保険者生年月日	<b>昭和 50</b> 年 <b>1</b> 月 <b>1</b> 日
本人との続柄	1 本人 <input checked="" type="radio"/> 2 その他 ( <b>父</b> )