

（表）

重度心身障害者医療費受給資格者証交付申請書

令和 年 月 日

那須塩原市長 様

住所 那須塩原市
申請者
氏名
電話 ()

助成対象者	フリガナ		男 女	生年 月日	年 月 日
	氏名				
	住所	那須塩原市			

裏面も記載

加入保険	被保険者氏名	記号番号	保険者名称	附加給付の状況
受給資格取得年月日		令和 年 月 日	受給者番号	

入力 確認

受付	令和 年 月 日
交付	令和 年 月 日

(裏)

医療保険別の世帯加入状況

※受給資格者と同じ医療保険に加入している被保険者を記入してください。

受給資格者				
氏名		加入 保 険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険	・那須塩原市 ・その他()
個人番号			<input type="checkbox"/> 社会保険 (共済組合を含む。)	・全国健康保険協会 ・共済組合 ・その他()

国民健康保険加入者

No.	氏名 個人番号	No.	氏名 個人番号
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	

後期高齢者医療保険加入者

No.	氏名 個人番号	No.	氏名 個人番号
1		2	
3		4	

社会保険(共済組合を含む。)加入者 ※社会保険加入者は、被保険者のみ記入してください。

No.	氏名 個人番号
1	