

健康保険証情報確認書

提出日 年 月 日

檜 葉 町 長 様

保険者	保険者名称					
	保険者番号					
被保険者	記号		番号		枝番	
	氏名					
	生年月日					
	住所					
	資格取得日					
対象児童	氏 名			生年月日		
	記号	番号	枝番	資格取得日	本人・家族	
	氏 名			生年月日		
	記号	番号	枝番	資格取得日	本人・家族	
	氏 名			生年月日		
	記号	番号	枝番	資格取得日	本人・家族	
	氏 名			生年月日		
	記号	番号	枝番	資格取得日	本人・家族	
	氏 名			生年月日		
	記号	番号	枝番	資格取得日	本人・家族	

備考

上記のとおり、健康保険証情報を健康保険証の写しに代えて提出いたします。

収受印