

健 康 保 険 証 情 報 確 認 書

提出日 年 月 日

檜葉町長様

保 險 者	保険者名称				
	保険者番号				
被 保 險 者	記号		番号		枝番
	氏名				
	生年月日				
	住所				
	資格取得日				
対 象 兒 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	
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。

收受印