

対象者	様  (フリガナ) :
-----	-------------------

元気で健康に長生き医療費助成受給者証交付申請書(兼現況届)

対象者に関する事項	日の出町の住民となった日		生年月日			年齢
	保険者名 (加入する健康保険者名)		健康保険証 記号番号		-	
			保険者番号			
	被扶養者である場合の 保険加入者本人氏名	(フリガナ)		他の公費	有・無	
				附加給付	有・無	
	該当する 所得区分	現役並	一般	低所得 I	低所得 II	自己負担限度額
申告	保険者が実施する特定健康診査の受診年月				年 月 受診	
	特定健康診査の受診医療機関等の名称					
日の出町長 様  上記のとおり元気で健康に長生き医療費助成受給者証交付申請(現況届)します。  平成 年 月 日  申請者 (対象者) 住所 氏名 電話 ( )					添付書類  1 健康保険者証の写し  2 個人情報の取得及び取扱い等の同意書(日の出町長宛)  3 健康保険組合へ高額療養費に係る情報を、照会・確認することの同意書(日の出町国民健康保険加入者は除く)	

備考	受給者証番号:
----	---------