

(裏面)

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）※表面に書き切れない場合のみ記載してください。

支給認定基準世帯員 (受診者と同じ医療 保険に加入する者)	フリガナ 世帯員氏名		生年 月日		受診者との 続柄	
	個人番号					
	フリガナ 世帯員氏名		生年 月日		受診者との 続柄	
	個人番号					
	フリガナ 世帯員氏名		生年 月日		受診者との 続柄	
	個人番号					
	フリガナ 世帯員氏名		生年 月日		受診者との 続柄	
	個人番号					

※表面に書き切れない場合のみ記載してください。

(指定)医療機関 (訪問看護事業者等 を含む)	医療機関名	所在地

※表面の申請者の住所以外を希望する場合のみ記載してください。

受給者証等 の住所送付を 希望する者	フリガナ		受診者との続柄	
	氏名			
	住所	〒		
	日中連絡がとれる連絡先			

※ 保健所確認欄

番号確認	
身元確認	
代理権 確認	