

川越市後期高齢者医療保養施設利用申請書

川越市後期高齢者医療保養施設の利用を次のとおり申し込みます。

年 月 日

(提出先)

川越市長

申請者 住 所 川越市

(代表者) 氏 名

電話番号 ()

利用保養施設名

埼玉県国民健康保険団体連合会契約保養施設

施設名:

施設コード:

利用年月日(予約)

年 月 日 ~ 年 月 日
(泊 日)

利 用 者 氏 名

性 別

生 年 月 日

被 保 険 者 番 号

男・女

明 大 昭 年 月 日

男・女

明 大 昭 年 月 日

男・女

明 大 昭 年 月 日

男・女

明 大 昭 年 月 日

男・女

明 大 昭 年 月 日

処 理

保険確認

交付年月日