原爆一般疾病医療費の支給等に関する届出書

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者記号・番号 | 　　 |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日  |
| 住　　所 | 　　 |
| 個人番号 |  |
| 原爆一般疾病医療費の支給等の受給 | 名　　　　　称 |  |
| 受給者番号 |  |
| 受給開始年月日 |  |
| 備　　　　考 |  |
| 　上記のとおり届けます。　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　世帯主　　　　（自署の場合、押印不要）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　話　清須市長 |