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 | | | | | |