

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 世帯主 住所氏名 (自署の場合、押印不要) 個人番号 電 話 清須市長			