様式第1号(第5条関係)

北杜市肝炎患者治療特別支援事業資格登録申請書

北杜市長　　様

　　　　　　　　　**令和　　　年　　　月　　　日**

|  |
| --- |
| **市登録番号** |
| 登録申請者 | フリガナ |  | 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 |
| 氏名 | 　　　印 | 年　　月　　日 |
| 住所 | 北杜市 |
| 電話番号　　 　　－　 　　　－　　　　　 |
| 勤務先又は職業 | 電話　　　―　　　　　　　 |
| 公費負担医療費の受給者番号**(県受給者証番号)** | 　 | 月額自己負担限度額 | ０，０００円 |
| 県助成期間 | 　　　年　　　月　　　日から　　　　　　 |
| 　　　年　　　月　　　日まで　　　　　　 |
| 加入医療保険 | 記号番号 |  | 資格取得 | 年　　月　　日 |
| 被保険者(世帯主)氏名 |  |
| 保険者名 |  | 全国健康保険協会(社会保険事務所)健康保険組合共済組合後期高齢者医療広域連合 |
| 保険種別 | 　国保・社保(協・組・共・他)・後期 |
| 備考 | 　 |

※　県受給者証及び被保険者証等の写しを添付してください。