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。