


公費医療・市町福祉医療助成受給該当者届

福祉の場合

記入例

記号	1000	番号	10	被保険者氏名	健康 やす子 			
生年月日	昭平 45 年 4 月 5 日	性別	男・女					
事業所名	びわこ農業協同組合							
福祉医療費助成受給								
福祉番号		4	6	1	0	0	0	0
該当者氏名	氏名		続柄		該当された日			
	健康 やすこ		本人		平成22年2月1日			
	健康 一郎		長男		平成22年2月1日			
	健康 二郎		二男		平成22年2月1日			
公費医療費助成受給								
公費負担番号								
該当者氏名	氏名		続柄		該当された日			
平成 年 月 日 滋賀県農協健康保険組合 様								

※ 県または市町から発行された受給者証の(写)を添付して下さい。

受付印