

9割給付受給証明書交付申請書									
被保険者証記号・番号		浜 第 号							
年齢区分	氏 名	性 別	生 年 月 日			給 付 期 間			
高（80歳以上） 年齢者		男・女	年	月	日	年 月 1日以後			
		男・女	年	月	日	年 月 1日以後			
		男・女	年	月	日	年 月 1日以後			
乳 幼 児 〔医 歯 科 15歳未満〕		男・女	年	月	日	医 科	年	年	月 日から 月 日まで
						歯 科	年	年	月 日から 月 日まで
		男・女	年	月	日	医 科	年	年	月 日から 月 日まで
						歯 科	年	年	月 日から 月 日まで
		男・女	年	月	日	医 科	年	年	月 日から 月 日まで
						歯 科	年	年	月 日から 月 日まで
		男・女	年	月	日	医 科	年	年	月 日から 月 日まで
						歯 科	年	年	月 日から 月 日まで
	男・女	年	月	日	医 科	年	年	月 日から 月 日まで	
					歯 科	年	年	月 日から 月 日まで	
備 考									
上記のとおり申請します。  年 月 日  <div>住所 世帯主 氏 名 ○ 印</div> 横浜市 区長殿									
処 理 欄	受 付	該当者名簿	被保険者 台帳照合	証明書交付 年 月 日					
				・ ・					

(B5)

- 注意 1 この申請書は、国民健康保険被保険者証を添えて提出して下さい。
- 2 印の欄は記入しないで下さい。