

## 付則第2号様式

No.

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 齢 者 80 歳 以 上		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 科 15 歳 未 満 満		男・女	年 月 日	医 科	年 月 日から 年 月 末日まで
				歯 科	年 月 日から 年 月 末日まで
		男・女	年 月 日	医 科	年 月 日から 年 月 末日まで
				歯 科	年 月 日から 年 月 末日まで
		男・女	年 月 日	医 科	年 月 日から 年 月 末日まで
				歯 科	年 月 日から 年 月 末日まで
	男・女	年 月 日	医 科	年 月 日から 年 月 末日まで	
			歯 科	年 月 日から 年 月 末日まで	
備 考					
上記のとおり申請します。 年 月 日					
<u>住 所</u> <u>世帯主</u> <u>氏 名</u> <input type="circle"/> 印					
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。