

附則第2号様式

② 国民健康保険・退職被保険者等資格証明書																
第 号								幼	障	原						
被保険者証 記号・番号		40	一部負担 金の割合		入 院		割									
					入院外		割									
世帯主氏名				男 女 別		男 ・ 女										
氏 名	本 人			男 女 別		男 ・ 女										
	被扶養者															
生 年 月 日		年 月 日		退職被保険 者との続柄												
住 所																
証 明 書 発 行 理 由																
有 効 期 間		年 月 日から 年 月 日まで														
保 険 者	番 号	<table><tr><td>6</td><td>7</td><td></td><td></td><td>⋮</td><td>⋮</td><td></td></tr></table>								6	7			⋮	⋮	
	6	7			⋮	⋮										
	名 称	横 浜 市														
所 在 地	横浜市中区港町1丁目1番地															
上記の者は、横浜市国民健康保険の退職被保険者又は被扶養者であることを証明する。 年 月 日 横浜市 区長 印																

(注意) 1 受診の際には、この証明書を療養取扱機関等に提出してください。
2 「幼」は乳幼児の、「障」は心身障害者の、「原」は原爆被爆者の略です。
(B6)