

提出日 年 月 日

オリンパス健康保険組合 御中

公費医療助成制度受給者届

取得 ・ 喪失

(どちらかに○して下さい)

取得の時は、市区町村発行の『医療券』または『通知書』の写しを添付して下さい。

被保険証等記号一番号

11 - 23456

事業場名称

オリンパス株式会社

| | |
|----------------------------|---|
| 被保険者名 | 健保 一郎 (印) |
| 受給者対象者名 | 健保 花子 |
| 受給対象者 生年月日 | 昭和 50 年 10 月 10 日 平成 |
| 有効期間 | 令和 6 年 4 月 1 日 から 令和 8 年 3 月 31 日 まで |
| 資格喪失年月日 資格喪失の場合、ご記入下さい。 | 平成 年 月 日 |
| 発行機関名称(市区町村名) | 〇〇区役所 |

※記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。