

越谷市国民健康保険保養所利用助成申請書

年 月 日

越谷市長 宛

世帯主 住 所 越谷市.....

氏 名印

電 話(.....)

越谷市国民健康保険保養所を利用したいので、助成金の交付を申請します。

被保険者記号番号※	
施 設 名	
利 用 期 間	年 月 日から 年 月 日(泊)

※保険証の右上部に記載されている「記号番号」を記入してください

契 約 保 養 所 利 用 者 名 簿

利用 者数	フリガナ 氏 名	区分	生年月日	備考
1 (代表)		大人 小人	昭・平 ・	
2		大人 小人	昭・平 ・	
3		大人 小人	昭・平 ・	
4		大人 小人	昭・平 ・	
5		大人 小人	昭・平 ・	
6		大人 小人	昭・平 ・	
7		大人 小人	昭・平 ・	

～以下は市記入欄です。～

受理日

利用券番号	022- -0	助成券番号	022- -0
国民健康保険税納付状況		年度	期まで納付済
		年度	期から未納

【照合欄】

発券	照合	交付