

該 当
届
国民健康保険(遠)被保険者
非該当

加西市長 様

被保険者番号		個人番号	
被 保 険 者 氏 名		続柄	
生 年 月 日	年 月 日生		
病院施設所在地			
病 院 施 設 名 称			
住所を離れる期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		

上記のとおり、申請します。

令和 年 月 日

世帯主

住 所 加西市

氏 名

連絡先