

様式第6号（第5条関係）
（表面）

原爆一般疾病医療費の支給等に関する届書

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

次のとおり、関係書類を添えて届出します。

		届出年月日	年 月 日
届出者氏名		本人との関係	
届出者住所	電話番号		

被保険者住所			
被保険者氏名			
被保険者番号			
被保険者資格証明書交付の有無	有 ・ 無		
受けることができる公費負担医療			
名 称	該当年月日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		