

成田市医療保険資格情報確認書

成田市長 宛

年 月 日

保険者	保険者名称				
	保険者番号				
被保険者氏名					
助成対象者①	氏名			生年月日	
	記号	番号	枝番	資格取得日	本人・家族
助成対象者②	氏名			生年月日	
	記号	番号	枝番	資格取得日	本人・家族
助成対象者③	氏名			生年月日	
	記号	番号	枝番	資格取得日	本人・家族

上記のとおり相違ありません。

申請者 _____