

成田市医療保険資格情報確認書

記入例

令和6年 12月 2日

保険者名称		〇〇〇〇〇〇健康保険組合		
該当の健康保険組合等に加入している本人 (社員等にあたる方)の氏名を記入してください。		01234567		
被保険者氏名		花崎 花子		
助成対象者①	氏名		生年月日	
	花崎 花子		昭和55年 5月5日	
	記号	番号	枝番	資格取得日
	123456	78	00	令和6年 4月1日
				本人 家族
助成対象者②	氏名		生年月日	
	花崎 桃子		平成20年 3月3日	
	記号	番号	枝番	資格取得日
	123456	78	01	令和6年 4月1日
				本人 家族
助成対象者③	氏名		生年月日	
	マイナポータルにて確認した加入医療保険の資格情報を転記してください。		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

花崎 花子

届出の申請者