

提出日 年 月 日

オリンパス健康保険組合 御中

公費医療助成制度受給者届

取得 ・ 喪失

(どちらかに○して下さい)

取得の時は、市区町村発行の『医療券』または『通知書』の写しを添付して下さい。

被保険証記号一番号

11 - 5555

事業場名称

オリンパス株式会社

被保険者名	健保 一郎 (印)
受給者対象者名	健保 花子
受給対象者 生年月日	昭和 40 年 10 月 10 日 平成
有効期間	平成 21 年 4 月 1 日 から 平成 22 年 3 月 31 日 まで
資格喪失年月日 資格喪失の場合、ご記入下さい。	平成 年 月 日
発行機関名称(市区町村名)	〇〇区役所