

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

—

事業場名称

被保険者名

印

受給者対象者名

受給対象者 生年月日

昭和 年 月 日
平成

有効期間

平成 年 月 日 から
平成 年 月 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)