**自立支援医療（更生医療）申請に係る健康保険加入状況調書**

住所

受給者氏名

生年月日

　　　　年　　　月　　　日

以下の項目について、ご記入ください**（太枠の中は必ず記入してください）**。

|  |  |
| --- | --- |
| 加入されている健康保険種別（〇をつけてください） | １　国保(国保組合)　　２　社保　　３　後期高齢４　共済組合（　国家　・　地方　・　私立学校　）５　船員保険 |

|  |  |
| --- | --- |
| 保険者名称 |  |
| 保険者番号 |  |
| 有効期間開始日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 記号・番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者区分（〇をつけてください） | １　本人（世帯主）　　２　被扶養 |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者住所 |  |
| 被保険者生年月日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 本人との続柄 | １　本人　　２　その他（　　　　　　　　　） |