

加入健康保険確認書

被認定者の方が現在加入している健康保険について、次の事項をご記入ください。

被認定者 氏 名	公害医療手帳 記号番号		板橋 (19) -	
認 定 疾 病	<input type="checkbox"/> 気管支ぜん息 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸不全 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺気しづ			
保険の種類	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ	<input type="checkbox"/> 船員保険	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	
	<input type="checkbox"/> 日雇健康保険	<input type="checkbox"/> 健康保険組合	負担割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	
	<input type="checkbox"/> 共済組合	<input type="checkbox"/> 国民健康保険		
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度	<input type="checkbox"/> 退職(社保)		
加入 健 康 保 険 情 報	保険者 名 称			
	保険者 所在 地			
	記 号 番 号	記号	番号	
	保険者 番 号			
	取 得 年月日	年 月 日	交 付 年月日	年 月 日
★確認書類 下記の中からいずれか1点 (4は窓口提出のみ)				
1. 資格確認書のコピー 2. 資格情報のお知らせのコピー 3. マイナポータルから被保険者資格情報を印刷したもの 4. マイナポータルの被保険者資格情報画面の提示確認 (窓口提出のみ) ※				

※4 窓口確認職員氏名：