

申 立 書

「被爆者の子 医療費助成申請書（請求書）」を提出するにあたり、
 下記理由にて旧健康保険証を返却しましたので申請に添付できません。
 下記のとおり申し立てます。

【理由】 番号に○を付けてください。	1 健康保険証の変更
	2 死亡
	3 その他 ()

旧 健康保険証 発行機関名	△△△職員共済組合
現 健康保険証 発行機関名	〇〇健康保険組合
現 健康保険証 交付年月日	平成 〇〇年 ××月 △△日

平成 ××年 〇〇 月 △△ 日

住所 横浜市〇〇区〇〇町 1-1-1

氏名 横浜 太郎

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇

日中連絡先 ×××-××××-××××

押印して下さい

