

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の資格を喪失したため、次のとおり申し立て
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	
現 健康保険証 発行機関名	
現 健康保険証 交付年月日	年 月 日

令和 年 月 日

住所

氏名



電話番号

日中連絡先