

|      |     |    |     |
|------|-----|----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 担当者 |
|      |     |    |     |

日本ユニシス健康保険組合 御中

令和 年 月 日

公費医療受給者認定  
届  
該当者・不該当者

|                            |                  |             |                |                |       |                |       |           |       |                |
|----------------------------|------------------|-------------|----------------|----------------|-------|----------------|-------|-----------|-------|----------------|
| 被保険者証                      |                  | 記号          |                | 番号             | 被保険者名 |                | 印     |           |       |                |
| 被保険者資格取得<br>年 月 日          |                  | 昭・平・令 年 月 日 |                |                | 生年月日  | 昭・平・令 年 月 日    |       | 性別<br>男・女 |       |                |
| 該<br>当<br>・<br>不<br>該<br>当 | 区分               | 該当<br>不該当   | 氏名             | 生年月日           | 性別    | 公費医療受給者証に関する事項 |       |           | 備考    |                |
|                            |                  |             |                |                |       | 市町村番号          | 受給者番号 | 発行機関名     |       | 有効期間始期又は不該当年月日 |
|                            | 本人               | 該当          |                | 昭和<br>平成 年 月 日 | 男     |                |       |           | 年 月 日 |                |
|                            |                  | 不該当         |                | 令和             | 女     |                |       |           | 年 月 日 |                |
|                            | 被<br>扶<br>養<br>者 | 該当          |                | 昭和<br>平成 年 月 日 | 男     |                |       |           | 年 月 日 |                |
|                            |                  | 不該当         |                | 令和             | 女     |                |       |           | 年 月 日 |                |
| 該当                         |                  |             | 昭和<br>平成 年 月 日 | 男              |       |                |       | 年 月 日     |       |                |
| 不該当                        |                  |             | 令和             | 女              |       |                |       | 年 月 日     |       |                |
| 不<br>該<br>当                | 該当               |             | 昭和<br>平成 年 月 日 | 男              |       |                |       | 年 月 日     |       |                |
|                            | 不該当              |             | 令和             | 女              |       |                |       | 年 月 日     |       |                |

注. 「医療受給者証」又は「医療証」の写しを添付してください。  
(ここで知り得た個人情報、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用いたしません。)