

以下は記載任意項目ですが、事前準備のため情報提供にご協力をお願いいたします。

【保険情報】

社保・国保（いずれかに○）	
保険者番号：	
記号・番号（枝番）：	・ （ ）
資格取得日：	
有効期限： なし ・ あり（ 年 月 日まで）	

【公費情報】

負担者番号：
受給者番号：
有効期限：

【生活保護受給】

- 医療券は当日持参
- 医療券は市役所より郵送