

年度		受付番号	
----	--	------	--

### 松伏町後期高齢者医療保険保養所利用申込書

保養所名								
利用人員 (名簿裏面)	被保険者	大人	男	人	女	人	計	人
		小人	/		/		/	
	その他	大人	男	人	女	人	計	人
		小人	男	人	女	人	計	人
	合計	大人	男	人	女	人	計	人
		小人	男	人	女	人	計	人
利用期間（宿泊）		年 月 日（ ）から 年 月 日（ ）まで 泊 日						
利用申込 代表者	住所							
	氏名				電話（自宅）			
					電話（携帯）			
備考								

上記のとおり申し込みます。

年 月 日

松伏町長 宛て

※事務処理欄（記入不要）

保養施設番号	
利用券番号	
助成券番号	

松伏町後期高齢者医療保険保養所利用申込者名簿

No.	被保険者番号	住 所		氏 名	性別	※事務 処理欄	
		電 話 番 号				資 格	滞 納
1		住所			男 ・ 女	有 ・ 無	有 ・ 無
		電話					
2		住所			男 ・ 女	有 ・ 無	有 ・ 無
		電話					
3		住所			男 ・ 女	有 ・ 無	有 ・ 無
		電話					
4		住所			男 ・ 女	有 ・ 無	有 ・ 無
		電話					
5		住所			男 ・ 女	有 ・ 無	有 ・ 無
		電話					
6		住所			男 ・ 女	有 ・ 無	有 ・ 無
		電話					
7		住所			男 ・ 女	有 ・ 無	有 ・ 無
		電話					
8		住所			男 ・ 女	有 ・ 無	有 ・ 無
		電話					
9		住所			男 ・ 女	有 ・ 無	有 ・ 無
		電話					
10		住所			男 ・ 女	有 ・ 無	有 ・ 無
		電話					