

常務理事	事務長	課長	担当者

BIPROGY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 年 月 日		昭・平・令 年 月 日		生年月日	昭・平・令 年 月 日		性別 男・女			
該 当	区分	該当 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	
	本人	該当 不該当		昭和 平成 令和	年 月 日	男 女	市町村番号	受給者番号		発行機関名
不 該 当	被 扶 養 者	該当		昭和	年 月 日	男				年 月 日
		不該当		平成	年 月 日	女				年 月 日
	該当	該当		昭和	年 月 日	男				年 月 日
		不該当		平成	年 月 日	女				年 月 日
不該当	該当	該当		昭和	年 月 日	男				年 月 日
		不該当		平成	年 月 日	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。)