（様式第１７号）

特別手当・健康管理手当支給申請書

　広　島　県　知　事　様

令和　　年　　月　　日提出

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏　　　名 |  | | | 明治  大正　　年　　月　　日生  昭和 | | 男・女 |
|  | | |
| 居　住　地 | 〒  　　　　　　　　　　電話番号　　　　　（　　　　　　） | | | | | |
| 医療手帳の番号 | Ｂ－ | | | | | |
| 医療保険の  加入状況 | 保険者等  の名称 |  | | | | |
| 保　 険  種　 別 | 後期　・　その他 | 被保険者  氏　　名 | |  | |
| 備　　考 |  | | | | | |

健康管理手帳番号