（様式第２４号）

保健手当支給申請書

広　島　県　知　事　　様

令和　　年　　月　　日提出

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | | | 明治  大正　 　　年　　月　　日生  昭和 | | | | 男 ・ 女 |
| 氏　名 | | | |
| 居住地 | | | | | | | | |
| 医療手帳の番号 | Ｂ－ | | 特別手当・健康管理手当認定年月日及び証書番号 | | | 年　　月　　日  第　　　　　　号 | | |
| 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 | | | | | | | | |