（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 |