

※太枠内と申請者欄をご記入ください。

2025,05,8800

☑職員チェックリスト

□保険認定日の確認 ※同じ場合は①のみ記入

・対象者① 昭・平・令 年 月 日 □マイナ保険証確認済み

・対象者② 昭・平・令 年 月 日 □マイナ保険証確認済み

・対象者③ 昭・平・令 年 月 日 □マイナ保険証確認済み

□被保険者氏名(社会保険:被保険者・国民保険:世帯主)

□世帯員氏名同意欄の記入(新規・保険変更)

□太枠内の書き漏れがない(記入を省略していない等)