

注)後期高齢者医療制度該当者(主に75歳以上の方)は利用できません。

様式(第5条関係)

国民健康保険 保養施設宿泊利用申請書

利用施設名	○△ホテル	施設番号	
利用期間	令和 ○ 年 □ 月 △ 日 から 令和 ○ 年 □ 月 × 日まで 1泊		

利用者氏名 生年月日	住所 電話番号	記号番号	性別	区分	資格	収納	台帳
1 行田 太郎 ⓈH・R24年 5月 3日	行田市本丸2-5 Tel -556-XXXX	行田12345678	Ⓜ 女	Ⓜ 子供			
2 行田 花子 ⓈH・R25年 3月 24日	行田市本丸2-5 Tel -556-XXXX	行田12345678	Ⓜ 女	Ⓜ 子供			
3 忍 一郎 ⓈH・R29年 7月 1日	行田市本丸17-23 Tel -554-◇◇◇◇	行田24681012	Ⓜ 女	Ⓜ 子供			
4 古代 蓮 ⓈH・R32年 3月 31日	行田市小針2375-1 Tel -559-△△△△	行田13579111	Ⓜ 女	Ⓜ 子供			
5 水城 さくら ⓈH・R24年 4月 1日	行田市本丸5-10 Tel080-XXXX-0000	行田98765432	Ⓜ 女	Ⓜ 子供			
6 S・H・R 年 月 日	Tel -	行田	Ⓜ 女	Ⓜ 子供			
7 S・H・R 年 月 日	Tel -	行田	Ⓜ 女	Ⓜ 子供			

上記のとおり保養施設の利用を申請します。

令和 ○ 年 ◇ 月 ▽ 日

行田市長様

代表者 住所 行田市本丸2-5

氏名 行田 太郎

電話番号 556-XXXX

担当	合議	主査	主幹	課長

資格	交付	台帳入力
適・否	窓口・郵送	