

令和 年 月 日

国民健康保険被保険者証使用申請書

愛 川 町 長 殿

世帯主 住 所 愛川町

氏 名 印

(被保険者証を使用する者)

年 月 日 において負傷を受けた
治療については、事故発生状況報告書及び同添付書類に記載のとおり、第
三者行為によって発生した事故であります。この負傷の治療を国民健康
保険被保険者証使用により受けたいので、承認申請いたしますからよろし
くお願いいたします。

なお、不足書類については、速やかに提出いたします。