

(別紙) 返却・手続に必要な証書等の見本

①

見本

登録番号

印鑑登録証

茅ヶ崎市長

②

神奈川県
国民健康保険
被保険者証

有効期限 令和__年__月__日

記号 08 番号 0000000 枝番 00

氏名 〇〇〇〇

生年月日 昭和〇〇年〇月〇日 性別 〇

世帯主 名 〇〇〇〇

住所 〇〇〇〇〇〇

適用開始日 平成〇〇年〇月〇日

交付年月日 令和元年 8月1日

保険者番号 140087

交付者名 茅ヶ崎市 公印

* 70歳以上の方の場合は、「兼高齢受給者証」となっており、「負担割合」も記載された証となります。

③

後期高齢者医療被保険者証

有効期限 令和〇〇年7月31日

交付年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇

茅ヶ崎市〇〇×番地

住所

氏名 〇〇〇〇

生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日

資格取得年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日

発効期日 平成〇〇年〇〇月〇〇日

一部負担金の割合 〇割

保険者番号並びに保険者の名称及び印

3 9 1 4 2 0 7 0

神奈川県後期高齢者医療広域連合 印

④

介護保険被保険者証

番号

住所

フリガナ

氏名

生年月日 性別 男 女

交付年月日

1 4 2 0 7 5

保険者番号並びに保険者の名称及び印

茅ヶ崎市

〒253-8686
神奈川県茅ヶ崎市茅ヶ崎一丁目1番1号
電話 0467(82)1111

⑤ 介護保険負担割合証

介護保険負担割合証

交付年月日

被保険者番号

住所

フリガナ

氏名

生年月日

利用者の割合 適用期間

割合 開始年月日 終了年月日

割合 開始年月日 終了年月日

1 4 2 0 7 5

茅ヶ崎市

〒253-8686
神奈川県茅ヶ崎市茅ヶ崎一丁目1番1号
電話 0467(82)1111

⑥ 介護保険負担限度額認定証

介護保険負担限度額認定証

交付年月日

被保険者番号

住所

フリガナ

氏名

生年月日 性別 男 女

適用年月日 有効期限 から まで

食費の負担限度額

ユニット型個室
ユニット型個室の多床室
従来型個室(特養等)
従来型個室(老健・療養等)
多床室

居住費又は滞在費の負担限度額

1 4 2 0 7 5

茅ヶ崎市

神奈川県茅ヶ崎市茅ヶ崎一丁目1番1号

⑦ 福祉医療証

福祉医療証

負担者番号 8 1 1 4 0 0 8 9

受給者番号

対象乳幼児

住所

氏名

生年月日

有効期間

一部負担金

※一部負担金を徴収しない場合、0円と記載しています。

上記の者は、茅ヶ崎市小児の医療費の助成に関する条例により医療費の一部を茅ヶ崎市が助成するものであることを証明する。

神奈川県 茅ヶ崎市長

交付年月日

