

様式第1号（第4条関係）

保養施設宿泊利用申込書  
（後期高齢者医療被保険者用）

利用施設名	(都道府県名 )				
利用期間	年 月 日から		年 月 日まで		泊
利用者名簿					
No.	被保険者番号 ※1	利用者氏名 ※2	生年月日	住 所	性別
1			年 月 日	小川町	男・女
2			年 月 日	小川町	男・女
3			年 月 日	小川町	男・女
4			年 月 日	小川町	男・女
5			年 月 日	小川町	男・女
6			年 月 日	小川町	男・女
7			年 月 日	小川町	男・女
8			年 月 日	小川町	男・女
9			年 月 日	小川町	男・女
10			年 月 日	小川町	男・女

上記のとおり保養施設を宿泊利用したいので、申し込みます。

年 月 日 ※3

小川町長 宛て

住 所 小川町

※4 代表者氏名

電 話 番 号

記入上の注意事項（保養施設利用パンフレットを御覧の上、お申し込みください。）

※1 被保険者番号は、後期高齢者医療被保険者証の左上に表示されている8桁の番号です。下方に表示されている保険者番号(39113436)ではありませんので、お間違えのないよう御注意ください。

※2 利用者氏名は、被保険者証に表示されているとおりに記載してください。

※3 保養施設の予約完了後、宿泊日の30日前から10日前までの間に申し込んでください。

※4 代表者は、この利用者名簿の中から選定してください。

その他 ・ 次の方は御利用になれません。

①小川町で後期高齢者医療制度に加入されていない方（宿泊日現在）②泊数制限を超える方（協定料金での利用は可能）③後期高齢者医療保険料に滞納がある方

・ 利用内容に取消し、又は変更が生じたときは、保養施設に連絡するとともに発行者の小川町へ必ず申し出てください。この手続きを行わなかった場合には、違約金を徴収されることがあります。