様式第１４号

措置入院者の加入医療保険届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　熊本市長（宛）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院の名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者氏名

　精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく措置入院者の加入医療保険について、下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 措置入院年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 措置入院者氏名 |  |
| 措置入院者住所 |  |
| 医療保険種別 |  |