

※生徒・保護者ともに神奈川県内在住、かつ世帯年収約700万円前後～910万円前後で、生徒本人含め扶養している（中学生を除く）
 <生年月日>平成11年4月3日～平成19年4月2日の子どもが3人以上いる世帯のみ提出（明らかに対象とならない場合等は、提出をご割愛ください）。

第1号様式別紙3

学校設置者 理事長（代表者）殿

健康保険証貼付台紙

生徒本人のほか、15歳以上23歳未満の扶養している子ども（中学生を除く）2名分、合計3名分の健康保険証を提出します。また健康保険証を提出した子どもについては、保護者等が扶養しています。

保険証の写しを貼り付けた上で、**太枠**の箇所を手書きで記載してください。

生徒 ID(学校記入)		整理番号(学校記入)	
学校名	藤嶺学園藤沢	課程	学科・分野
		全日制 通信制	普通科
保護者等	氏名	生徒との続柄	氏名

生徒本人	氏名	<p align="center">生徒本人の 健康保険証の写し貼付欄</p> <p>※保険者番号及び被保険者等記号・番号が読み取れないように黒塗りしてください。</p>
	生年月日	
	平成 年 月 日	
	職業・学校名・学年等	
	藤嶺学園藤沢高等学校	
1人目 15歳以上23歳未満の扶養している子ども（中学生を除く）	氏名	<p align="center">15歳以上23歳未満の扶養している子ども（中学生を除く）の 健康保険証の写し貼付欄</p> <p>※保険者番号及び被保険者等記号・番号が読み取れないように黒塗りしてください。</p>
	生年月日	
	平成 年 月 日	
	職業・学校名・学年等	
2人目 15歳以上23歳未満の扶養している子ども（中学生を除く）	氏名	<p align="center">15歳以上23歳未満の扶養している子ども（中学生を除く）の 健康保険証の写し貼付欄</p> <p>※保険者番号及び被保険者等記号・番号が読み取れないように黒塗りしてください。</p>
	生年月日	
	平成 年 月 日	
	職業・学校名・学年等	