

後期高齢者医療資格確認書

有効期限 令和〇〇年〇〇月〇〇日

交付年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者番号

0 1 2 3 4 5 6 7

被
保
険
者

住 所

広域市連合町1丁目

氏 名

広域 太郎

性 別

男

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

負担割合
発効期日

1割

令和〇〇年〇〇月〇〇日

限度区分
発効期日

区Ⅱ

令和〇〇年〇〇月〇〇日

長期入院該当日

令和〇〇年〇〇月〇〇日

特定疾病区分
発効期日

〇〇〇

令和〇〇年〇〇月〇〇日

保険者番号
並びに保険
者の名称及
び印

3 9 0 1 1 0 0 0

北海道後期高齢者医療広域連合