

後 期 高 齢 者 医 療 資 格 確 認 書



有効期限 ○○○○年○○月○○日
 交付年月日 ○○○○年○○月○○日

令和7年7月31日までは現行の被保険者証と同じ水色を使用します。

被保険者番号		○○○○○○○○○									
被 保 險 者	住 所	○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○○○									
	氏 名	○○○○○○○○○○○	○								
	生年月日	○○○○年○○月○○日									
資格取得年月日		○○○○年○○月○○日									
負担割合		○割									
発効期日		○○○○年○○月○○日									
限度区分		○○○									
発効期日		○○○○年○○月○○日									
長期入院該当日		○○○○年○○月○○日									
特定疾病区分		○○○									
発効期日		○○○○年○○月○○日									
被保険者番号並びに被保険者の名称及び印		<table border="1"> <tr> <td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td> </tr> </table> <p>福岡県後期高齢者医療広域連合 印</p>		○	○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○	○				

性別

「限度区分・発効期日」、「長期入院該当日」、及び「特定疾病区分・発効期日」は、被保険者からの申請に基づき記載されます。