

後期高齢者医療資格確認書

有効期限
交付年月日

被保険者番号

被
保
険
者

住 所

氏 名

性 別

生年月日

資格取得年月日

負 担 割 合
発 効 期 日

限度区分の記載箇所と
記載例

限 度 区 分
発 効 期 日

区 I
令和〇年〇月〇日

長期入院該当日

特定疾病区分
発 効 期 日

保 険 者 番 号
並 び に
保 険 者 の
名 称 及 び 印

長野県後期高齢者医療広域連合

