

後 期 高 齡 者 医 療 資 格 確 認 書

有効期限 年 月 日

交付年月日 年 月 日

被保險者番号

被	住	所
---	---	---

保

險

者

住所

氏名

生年月日

性別

資格取得年月日

合 日 割 期 担 効 負 発

分日
期効
度
限

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

静岡県後期高齢者医療広域連合

