

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
險
者
住
所

氏
名

生
年
月
日

性別

見本

資格取得年月日

負
担
割
合
発
効
期
日

限
度
区
分
発
効
期
日

長期入院該当日

特定疾病区分
発効期日

保
險
者
番
号
並
び
に
保
險
者
の
名
称
及
び
印

--	--	--

群馬県後期高齢者医療広域連合



見本