

後期高齢者医療資格確認書											
		有効期限 令和 年 月 日 交付年月日 令和 年 月 日									
被保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8											
被 保 険 者	住 所	福山市東桜町3番5号									
	氏 名	福山 太郎	男								
	生年月日	昭和24年 12月 2日									
資格取得年月日		令和 年 月 日									
負 担 割 合		割									
発 効 期 日		令和 年 月 日									
任 意 記 載 事 項	適用区分	区Ⅰ									
	発効期日	令和 年 月 日									
	長期入院 該当日	令和 年 月 日									
	特定疾病 区分 発効期日										
保 険 者 番 号		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
並 び に 保 険 者 の 名 称 及 び 印		広島県後期高齢者医療広域連合 印									

●マイナ保険証をお持ちでない場合に発行されます。

「任意記載事項」の「適用区分」欄に「区Ⅰ」又は「区Ⅱ」と記載されている場合は、個人負担金免除の対象となります。