

|                               |                    |                                                                                                  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 後期高齢者医療資格確認書                  |                    |                                                                                                  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                               |                    | 有効期限 令和 年 月 日<br>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<br>保<br>険<br>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<br>意<br>記<br>載<br>事<br>項    | 適用区分               | 区Ⅰ                                                                                               |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                               | 発効期日               | 令和 年 月 日                                                                                         |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                               | 長期入院<br>該当日        | 令和 年 月 日                                                                                         |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                               | 特定疾病<br>区分<br>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<br>者 の 名 称<br>及 び 印 |                    | 広島県後期高齢者医療広域連合<br><table><tr><td colspan="2">印</td></tr></table>                                 |   | 印 |  |  |  |  |  |  |  |
| 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。

●マイナンバーカードを用いたオンライン資格確認により、適用状況が確認できる場合には、原本の提示を求める必要はありません。