## 後期高齢者医療資格確認書



 有 効 期 限
 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

 交付年月日
 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

令和7年7月31日までは現行の被保険 者証と同じ水色を使用します。

被保険者番号 0000000 000000000000000 住 所 0000000000000 保 0000000000000 険 氏 名 000000000 0 者 生年月日 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 資格取得年月日 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 負 担 割 合 〇割 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 効 期 日 度 区 分 000 発 効 期 日 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 長期入院該当日 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 特定疾病区分 000 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 発 効 期 日 保険 番号 番 保 険 で 名 の 名 称 び 印 0000000 福岡県後期高齢者医療広域連合 印

性別

「限度区分・発効期 日」、「長期入院該 当日」、及び「特定 疾病区分・発効期 日」は、被保険者か らの申請に基づき 記載されます。