後期高齢者医療被保険者証記載内容確認書

<table>
<tr><td colspan="2">被保険者番号</td><td></td><td>保険者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">有効期限</td><td colspan="10">令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">被保険者</td><td colspan="2">氏　　名</td><td colspan="2">性別</td><td colspan="7">生　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">男
・
女</td><td colspan="7">明治
大正　　年　　月　　日
昭和</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="11">○○市･町･区　　町　　丁目　　番地　　番　　号
（アパート・マンション名、室番号等）</td></tr>
<tr><td colspan="2">負担割合</td><td colspan="10">□　１割　　□　２割　　□　３割</td></tr>
<tr><td colspan="2">他の証の
交付状況</td><td colspan="10">・限度額適用・標準負担額減額認定証の交付の有無
□　有り（　区分　　）□　無し
・限度額適用認定証の交付の有無
□　有り（　区分　　）□　無し
・特定疾病療養受療証の交付の有無
□　有り（疾病名称　　）□　無し</td></tr>
<tr><td colspan="2">備　考</td><td colspan="10"></td></tr>
</table>

※他県・他市町への転出の場合は、転出予定日を有効期限に記入する。
※その他記載すべき事項については、備考欄に記入する。

上記は、当後期高齢者医療広域連合の被保険者証の記載内容であることを確認します。

令和　　年　　月　　日

静岡県後期高齢者医療広域連合

【お問合せ先】

○○市役所（役場）　○○課　○○係

担当者名

電話　□□□―○○○―××××