

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
険
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

保険者番号
並びに保険
者の名称及
び印

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

群馬県後期高齢者医療広域連合



見本