

後期高齢者医療資格確認書



有効期限

年

月

日

交付年月日

年

月

日

被保険者番号

被
保
険
者

住 所

氏 名

生年月日

年

月

日

資格取得年月日

年

月

日

負担割合

発効期日

年

月

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

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

福岡県後期高齢者医療広域連合

印