

見本
【原本：橙色】

後期高齢者医療資格確認書									
有効期限 令和 8年 7月31日									
交付年月日 令和●●年●●月●●日									
被保険者番号	●●●●●●●●●●								
被保険者	住所 ○○市○○町○○丁目○○番○○号								
	氏名 広域 太郎 男								
	生年月日 昭和●●年●●月●●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								
任意記載事項	適用区分 発効期日 ●● 令和●●年●●月●●日								
	長期入院 該当日 令和●●年●●月●●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	<table border="1"><tr><td>3</td><td>9</td><td>3</td><td>4</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td></tr></table> 広島県後期高齢者医療広域連合	3	9	3	4	X	X	X	X
3	9	3	4	X	X	X	X		

見本

「区Ⅰ」または「区Ⅱ」の記載があるものに限り