

後期高齢者医療資格確認書

後

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