

御加入の「医療保険」を確認するため、以下のものをご提出ください。

★以下の4つの書類のうちいずれかをご提出ください。

○ 〇 都 道 府 県	有効期限	年	月	日
国民健康保険	発効期日	年	月	日
資格確認書				

記 号	番 号	(任意)
氏 名	性 別	
生 年 月 日	年 月 日	負担割合 割
適用開始年月日	年 月 日	
交付年月日	年 月 日	
世帯主氏名		
住 所		
保険者番号		
交付者名		

印

[illegible]

資格情報のお知らせ

令和〇年〇月〇日発行
(交付者名)
(保険者番号)

記号 000 番号 000000000 (枝番) 00
氏名 佐藤 太郎
負担割合 〇割 (70 歳以上のみ記載)

受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です

[illegible]

健康保険 本人(被保険者) 00000
被保険者証 平成00年00月00日交付
記号 00000000 番号 00
氏名
生年月日 昭和00年00月00日
資格取得年月日 平成00年00月00日
事業者名称 株式会社○○○○○
保険者番号 △△△△△△△
保険者名称 全国健康保険協会 ○○部
保険者所在地 ○○○○○○○○○○○○

- ・加入する医療保険の種類により、提出が必要な書類が異なります。
 - ◆ 国民健康保険・後期高齢者医療制度・国民健康保険組合…同一世帯全員分
 - ◆ 上記以外…患者本人および被保険者

★マイナ保険証をお持ちで上記の書類を提出できない方の場合、患者本人様と加入保険に応じた世帯員の方の個人番号届の提出が必要となります。