

令和 6 年度 指定難病継続申請 健康保険証貼付台紙

| | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| 受給者番号 | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | |

健康保険証のコピーを貼り付けてください。



国民健康保険・後期高齢者健康保険・国保組合の人

①患者及び ②患者と同じ健康保険に加入している方全員の健康保険証のコピー

| ① 患者分 (※必須) | ② 家族分 (該当がある方のみ) |
|--|--|
| <p>後期高齢者医療被保険者証 有効期限 被保険者番号 12345678 令和 6年 7月31日 住所 さいたま市浦和区北浦和5 6 5</p> <p>氏名 埼玉 太郎 生 年 月 日 見 本 性別 男 資格取得年月日 支払 額 のりをつけて貼ってください。 1割 保 険 者 番 号 39111234 保 険 者 名 埼玉県後期高齢者医療広域連合</p> | <p>後期高齢者医療被保険者証 有効期限 被保険者番号 12345678 令和 6年 7月31日 住所 さいたま市浦和区北浦和5 6 5</p> <p>氏名 埼玉 太郎 生 年 月 日 見 本 性別 男 資格取得年月日 支払 額 のりをつけて貼ってください。 1割 保 険 者 番 号 39111234 保 険 者 名 埼玉県後期高齢者医療広域連合</p> |
| <p>② 家族分 (該当がある方のみ)</p> <p>後期高齢者医療被保険者証 有効期限 被保険者番号 12345678 令和 6年 7月31日 住所 さいたま市浦和区北浦和5 6 5</p> <p>氏名 埼玉 太郎 生 年 月 日 見 本 性別 男 資格取得年月日 支払 額 のりをつけて貼ってください。 1割 保 険 者 番 号 39111234 保 険 者 名 埼玉県後期高齢者医療広域連合</p> | <p>② 家族分 (該当がある方のみ)</p> <p>後期高齢者医療被保険者証 有効期限 被保険者番号 12345678 令和 6年 7月31日 住所 さいたま市浦和区北浦和5 6 5</p> <p>氏名 埼玉 太郎 生 年 月 日 見 本 性別 男 資格取得年月日 支払 額 のりをつけて貼ってください。 1割 保 険 者 番 号 39111234 保 険 者 名 埼玉県後期高齢者医療広域連合</p> |
| <p>② 家族分 (該当がある方のみ)</p> <p>後期高齢者医療被保険者証 有効期限 被保険者番号 12345678 令和 6年 7月31日 住所 さいたま市浦和区北浦和5 6 5</p> <p>氏名 埼玉 太郎 生 年 月 日 見 本 性別 男 資格取得年月日 支払 額 のりをつけて貼ってください。 1割 保 険 者 番 号 39111234 保 険 者 名 埼玉県後期高齢者医療広域連合</p> | <p>② 家族分 (該当がある方のみ)</p> <p>後期高齢者医療被保険者証 有効期限 被保険者番号 12345678 令和 6年 7月31日 住所 さいたま市浦和区北浦和5 6 5</p> <p>氏名 埼玉 太郎 生 年 月 日 見 本 性別 男 資格取得年月日 支払 額 のりをつけて貼ってください。 1割 保 険 者 番 号 39111234 保 険 者 名 埼玉県後期高齢者医療広域連合</p> |