

保険証情報確認書

・保険者番号 _____

・記号 _____

・番号 _____

・枝番 _____

※70歳以上の方または後期高齢医療の加入者

・一部負担割合 _____

・有効期限 _____

※公費をお持ちの場合

・負担者番号 _____

・受給者番号 _____

・有効期限 ~ _____

・一部負担金 入院： 円

外来： 円