

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