

令和5年度 指定難病継続申請

添付書類台紙

氏名	
----	--

健康保険証のコピー



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 (該当がある人のみ)

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 5年 7月31日  
 住 所 さいたま市浦和区北浦和5-6-5

氏 名 埼玉 太郎 性別 男  
 生 年 月 日 昭 見 本  
 資格取得年月日 平  
 発 効 期 日 平  
 交 付 年 一 部 負 担 金 1割  
 のりをつけて貼ってください。

保 険 者 番 号 39111234  
 保 険 者 名 埼玉県後期高齢者医療広域連合 印

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 5年 7月31日  
 住 所 さいたま市浦和区北浦和5-6-5

氏 名 埼玉 太郎 性別 男  
 生 年 月 日 昭 見 本  
 資格取得年月日 平  
 発 効 期 日 平  
 交 付 年 一 部 負 担 金 1割  
 のりをつけて貼ってください。

保 険 者 番 号 39111234  
 保 険 者 名 埼玉県後期高齢者医療広域連合 印

③家族分 (該当がある人のみ)

④家族分 (該当がある人のみ)

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 5年 7月31日  
 住 所 さいたま市浦和区北浦和5-6-5

氏 名 埼玉 太郎 性別 男  
 生 年 月 日 昭 見 本  
 資格取得年月日 平  
 発 効 期 日 平  
 交 付 年 一 部 負 担 金 1割  
 のりをつけて貼ってください。

保 険 者 番 号 39111234  
 保 険 者 名 埼玉県後期高齢者医療広域連合 印

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 5年 7月31日  
 住 所 さいたま市浦和区北浦和5-6-5

氏 名 埼玉 太郎 性別 男  
 生 年 月 日 昭 見 本  
 資格取得年月日 平  
 発 効 期 日 平  
 交 付 年 一 部 負 担 金 1割  
 のりをつけて貼ってください。

保 険 者 番 号 39111234  
 保 険 者 名 埼玉県後期高齢者医療広域連合 印

⑤家族分 (該当がある人のみ)

⑥家族分 (該当がある人のみ)

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 5年 7月31日  
 住 所 さいたま市浦和区北浦和5-6-5

氏 名 埼玉 太郎 性別 男  
 生 年 月 日 昭 見 本  
 資格取得年月日 平  
 発 効 期 日 平  
 交 付 年 一 部 負 担 金 1割  
 のりをつけて貼ってください。

保 険 者 番 号 39111234  
 保 険 者 名 埼玉県後期高齢者医療広域連合 印

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 5年 7月31日  
 住 所 さいたま市浦和区北浦和5-6-5

氏 名 埼玉 太郎 性別 男  
 生 年 月 日 昭 見 本  
 資格取得年月日 平  
 発 効 期 日 平  
 交 付 年 一 部 負 担 金 1割  
 のりをつけて貼ってください。

保 険 者 番 号 39111234  
 保 険 者 名 埼玉県後期高齢者医療広域連合 印