

島根県後期高齢者医療広域連合長 様

平成 年 月 日

被保険者番号等の照会について(依頼)

以下の患者様について、後期高齢者医療の被保険者である確認ができませんでしたので、当該患者様が後期高齢者医療の被保険者である場合は、被保険者番号と負担割合をお示しいただきますよう依頼します。

※照会の際には必ず、被保険者の本人確認のできる書類(免許証、旧保険証の写しなど)を添付してください。

氏名	住所	生年月日	保険者番号	被保険者番号	負担割合
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			

※太枠の中をご記入ください。

医療機関等の名称 _____ ⑩

医療機関等の住所 _____

担当者氏名 _____

連絡先 _____

_____ 様

被保険者番号等の照会について(回答)

平成 年 月 日に照会のありました後期高齢者医療の被保険者にかかる被保険者番号と負担割合について、上記のとおりの内容で相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

島根県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 松浦正敬