

記入例

①74歳未満国民健康保険

個人番号																				
医療保険	医療保険者名	甲府市										保険者番号	190017							
	医療保険者証	記号	123				番号	45678		枝番	01									
		<input type="checkbox"/> 生活保護受給者																		

1号被保険者の場合も医療保険情報の記入をお願いいたします。
個人番号に関しては未記入でかまいません。

②75歳以上後期高齢者医療保険

個人番号																				
医療保険	医療保険者名	後期高齢者医療広域連合										保険者番号	39190000							
	医療保険者証	記号	01234567				番号	×		枝番	×									
		<input type="checkbox"/> 生活保護受給者																		

①74歳未満国民健康保険

②75歳以上後期高齢者医療保険

山梨県 有効期限 年 月 日
国民健康保険 記号・番号 123-45678 (枝番) 01
被保険者証

氏名 甲府 太郎 性別 男
生年月日 ○○年 ○○月 ○○日
世帯主氏名 甲府 一郎
住所 山梨県甲府市丸の内1丁目18番1号

適用開始年月日 ○○年 ○○月 ○○日
交付年月日 ○○年 ○○月 ○○日
保険者番号 190017
交付者名 甲府市

印

被保険者名	後期 太郎		
被保険者番号	01234567		
負担割合	1割		
有効期限	令和4年7月31日		

後期高齢者医療被保険者証 有効期限 令和4年7月31日
交付年月日 令和3年7月1日

被保険者番号
住所 甲府市蓬沢一丁目15番35号
氏名 後期 太郎 性別 男
生年月日 昭和10年10月10日
資格取得年月日 平成20年4月1日
発効期日 平成20年4月1日
一部負担金の割合 1割
保険者番号 39190000
保険者名 山梨県後期高齢者医療広域連合