

被保険者情報確認 FAX 連絡票

医療機関記入欄

医療機関名	
住所	
担当者	
T E L	— —
F A X	— —

下記の方の被保険者の情報について照会します。※本人の同意が必要になります。

本人の同意	<input type="checkbox"/> 本人の確認及び本人の同意を得ています。
フリガナ 氏名	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
住所	
必要な情報に チェックを お願いします。	<input type="checkbox"/> 被保険者資格情報 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額/限度額適用認定証交付情報 <input type="checkbox"/> 特定疾病受療証交付情報

*限度額適用・標準負担額減額認定証及び特定疾病受療証の照会で被保険者番号が判明している場合は記入してください。(被保険者番号：)

照会がありました上記被保険者の情報につきまして連絡します。
ご不明な点につきましては、おたずねください。

広域連合記入欄

被保険者資格情報	保険者番号	
	被保険者番号	
	負担割合	割
	発効期日	平成・令和 年 月 日
	有効期限	令和 年 月 日
限度額適用・標準負担額減額/限度額適用認定証交付情報	<input type="checkbox"/> 交付あり	負担区分 区分Ⅰ・区分Ⅱ・区分Ⅱ長期入院該当 現役Ⅰ・現役Ⅱ・境界層 発効期日 令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 交付なし	<input type="checkbox"/> 認定見込み(別途、窓口で申請が必要です) <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 認定とはならない見込み
特定疾病受療証 交付情報	<input type="checkbox"/> 交付あり	発効期日 平成・令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 交付なし	

佐賀県後期高齢者医療広域連合 担当者 ()

TEL 0952-64-8476

FAX 0952-62-0150