

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。

照会理由	☐ オンライン資格確認に疑義がある ☐ マイナ保険証・資格確認書を持ってきていない。 ※この回答をもとに、レセプト請求は行わず、マイナ保険証・資格確認書で情報を確認してください。 ☐ その他（ ）
フリガナ氏 名	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
住 所	
本人の同意	☐ 本人の確認及び同意を得ています。
必要な情報に チェックを お願いします。	☐ 被保険者資格情報 ☐ 限度額適用認定関連情報 ☐ 特定疾病受療証交付情報

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。

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
	発効年月日	年 月 日
	有効期限	年 月 日
限度額適用認定 関連情報	☐ 記載あり	負担区分 区分Ⅰ・区分Ⅱ・区分Ⅱ長期入院該当 一般Ⅰ・一般Ⅱ 現役Ⅰ・現役Ⅱ・現役Ⅲ・境界層 発効期日 令和 年 月 日
	☐ 記載なし	限度額適用認定関連情報記載の見込み ☐ 区分Ⅰまたは区分Ⅱ（これまでの減額証） ☐ 現役Ⅰまたは現役Ⅱ（これまでの限度証） ☐ その他（一般Ⅰ、一般Ⅱ、現役Ⅲ、区分判定中） ※記載するには窓口で申請が必要です。
特定疾病受療証 交付情報	☐ 交付あり	発効期日 平成・令和 年 月 日
	☐ 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