

# ～お知らせ～

令和8年7月末に 下記の証明書等の有効期限が満期となります。  
 お手数ではございますが、ご自宅等に届かれた際は、職員へお預け下さい。

## ①介護保険負担割合証

介護保険負担割合証			
交付年月日			
被 保 険 者	番 号		
	住 所		
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日		性別
利用者負担の割合	適用期間		
割			
割			
保険者番号並びに保険者の名称及び印	4 3 2 1 5 3 熊本県天草市東浜町8番1号 ☎0969-23-1111 天草市		

## ②医療保険資格者証類

後期高齢者医療資格確認書  
 有効期限 令和 7年 7月31日

被保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8  
 氏 名 広域 太郎 性別 男  
 生年月日 昭和24年12月 2日 資格取得年月日 令和 6年12月 2日  
 交付年月日 令和 6年12月 2日  
 負担割合・発効期日 ○割 (令和〇年〇月〇日までは○割)  
 令和〇〇年〇〇月〇〇日  
 限度区分・発効期日 ○〇  
 令和〇〇年〇〇月〇〇日  
 長期入院該当日  
 特定疾病区分・発効期日 ○〇〇  
 令和〇〇年〇〇月〇〇日  
 保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8  
 保険者名 熊本県後期高齢者医療広域連合

後期高齢者医療保険資格者証

## ③後期高齢医療限度額適用・標準負担額減額認定証

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証	
交付年月日	
被保険者番号	
被 保 険 者	住所 葦北郡芦北町大字
氏 名	
生年月日	
発効期日	<b>見 本</b>
有効期限	
適用区分	区分
長期入院 該当年月日	保険 者 印
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び 印	3 9 4 3 4 8 2 4 熊本県後期高齢者医療広域連合

※③につきましては、お持ちの方のみのご提出となります。