

※資格確認証、限度額認定証等が手元にある場合にはコピーにて代用可

年 月 日

加入医療保険確認書				
妻	ひほけんしゃしめい 被保険者氏名			
	被保険者 記号・番号			
	保険者名称 保険者番号			
	限度額適用認定	発行年月日		適用区分
有効期限				
適用対象者				
夫	ひほけんしゃしめい 被保険者氏名			
	被保険者 記号・番号			
	保険者名称 保険者番号			
	限度額適用認定	発行年月日		適用区分
有効期限				
適用対象者				