

【2】住所証明書類 - ⑧国家福祉受給者証

氏名、住所、有効期限、（失効まで三ヶ月以上）印鑑の部分が鮮明な国家福祉受給者証のコピーをご提出ください。

※鮮明とは、下記画像のように、写真や文字が、ぼけることなく、はっきりと見えること。

※ご住所など上記情報が手書き、またはテプラなど発行後に加工されている場合は不可となります。

※はがき形状の場合は、展開して全体を撮影してください。

※建物名・部屋番号のみでご住所の印刷がないものは不可。

| 後期高齢者医療被保険者証 | |
|---------------------------------------|--|
| 有効期限 OOX年 12月 12日 | |
| 被保険者番号 | 123456XX |
| 被 保 険 者 | 住 所 OOX県OO市OO町OOXX番XX号 |
| | 氏 名 山田 太郎 |
| | 生年月日 OOX年 12月 12日 |
| 資格取得年月日 | OOX年 XX月 XX日 |
| 発 効 期 日 | OOX年 XX月 XX日 |
| 交 付 年 月 日 | OOX年 XX月 XX日 |
| 一 部 負 担 金 の 割 合 | OO割 |
| 被 保 険 者 番 号 並 び に 保 険 者 の 名 義 印 | 1 2 3 4 5 6 7 8 OOX 後期高齢者医療広域連合 印 |