

後期高齢者医療脳ドック申込書の書き方

後期高齢者医療被保険者証									
有効期限 令和2年7月31日 交付年月日 令和元年7月1日									
被保険者番号	01234567								
被保険者	住所 恵庭市●●町●丁目●番●号								
	氏名 ○ △ 子 女								
	生年月日 昭和△年○月○○日								
資格取得年月日	平成20年4月1日								
発効期日	平成20年4月1日								
一部負担金の割合	1割								
保険者番号並びに 保険者の名称及び 印	<table border="1"> <tr> <td>3</td><td>9</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>1</td><td>5</td> </tr> </table> 北海道後期高齢者医療広域連合 印	3	9	0	1	2	3	1	5
3	9	0	1	2	3	1	5		

後期高齢者医療脳ドック申込書

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7
ご住所	(〒061 - ●△×□) 恵庭市 ●●町●丁目●番●号							
お名前	○ △ 子							
電話番号	0123 - 33 - 3131							
生年月日	大●昭 △ 年 ○月○○日							
処理欄	申込	入力	確認	優先	受付印			
	抽選	確認	入力	突合				