

<入所時に施設でお預かりする保険証類>

※ 皆様

①介護保険被保険者証

介護保険被保険者証

交付年月日

被保険者番号 ①

住所 ②

氏名 ③

生年月日 年 ④ 月 ⑤ 日

交付年月日 平成 年 ⑥ 月 日

保険者番号並びに保険者の名称及び印

422121 長崎県西海市

②介護保険負担割合証

長崎市：ピンク

介護保険負担割合証

交付年月日

被保険者番号

住所

氏名

生年月日

利用負担割合 ① 割

開始年月日 終了年月日

保険者番号並びに保険者の名称及び印

422121 長崎県西海市

西海市：紫

介護保険負担割合証

交付年月日 平成30年 5月 8日

被保険者番号

住所

氏名

生年月日

利用負担割合 ① 割

開始年月日 終了年月日

保険者番号並びに保険者の名称及び印

422121 長崎県西海市

③後期高齢者医療被保険者証

後期高齢者医療被保険者証

有効期限 令和 7年 7月31日

被保険者番号 12345678

住所 長崎市栄町4番9号

氏名 広城 太郎

生年月日 昭和 9年 1月 1日

交付年月日 令和 6年 8月 1日

保険者番号 39420005

保険者の名称 長崎県後期高齢者医療広域連合

※以下は お持ちの方のみ

①介護保険負担限度額認定証

長崎市：水色

西海市：黄色

介護保険負担限度額認定証

交付年月日

被保険者番号

住所

氏名

生年月日

利用負担限度額

保険者番号並びに保険者の名称及び印

422014 長崎市

介護保険負担限度額認定証

交付年月日 平成30年 8月 1日

被保険者番号

住所

氏名

生年月日

利用負担限度額

保険者番号並びに保険者の名称及び印

422121 長崎県西海市

②後期高齢者医療限度額適用・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

有効期限 平成30年 7月31日

交付年月日 平成30年 7月 2日

被保険者番号

住所

氏名

生年月日

利用負担限度額

保険者番号並びに保険者の名称及び印

39420019 長崎県後期高齢者医療広域連合

③被爆者手帳



④被爆体験者

精神医療受給者証



⑤身体障害者手帳



⑥生活保護診療依頼証

平成30年度 長崎市生活保護 (日曜、祝日等閉庁時) 診療依頼証 (受給証)

公費負担者番号

住所 長崎市栄町6番3号

氏名 長崎県福祉事務所

有効期限

⑦福祉医療受給者証

(贈・贈与付) 福祉医療受給者証

公費負担者番号

受給者番号

氏名

住所

受氏名

住所

有効期間 29年10月1日から30年9月30日まで

長崎県