

〇〇〇 - 〇〇〇〇  
北海道△△市 区  
□□□□×番×号

〇〇 〇〇 様



〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇  
北海道△△市〇〇区□□□□□□□□□□  
××××××××役所

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

## 後期高齢者医療資格情報のお知らせ

北海道後期高齢者医療広域連合

保険者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇

あなたの加入する後期高齢者医療制度の資格情報を下記のとおりお知らせします。  
なお、このお知らせのみでは受診できません。

被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
氏名	〇〇 〇〇
負担割合	〇割
有効期限	令和 〇年 〇月 〇日
発効期日	令和 〇年 〇月 〇日
交付年月日	令和 〇年 〇月 〇日

スマートフォンをお持ちの方は、以下のQRコードからマイナポータルにログインすることで、ご自身の健康保険の資格情報を確認することができます。ぜひご利用ください。

- マイナポータルへのアクセス・ダウンロードはこちら -



マイナ保険証の読み取りができない例外的な場合については、スマートフォンの資格情報画面をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診いただけます（スマートフォンをお持ちでない方は、この文書をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診いただけます）。

下部を切り取ってご利用いただくこともできます  
(このお知らせのみでは受診できません)

### 後期高齢者医療資格情報のお知らせ

令和 〇年 〇月 〇日 発行  
北海道後期高齢者医療広域連合  
保険者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇

被保険者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇  
氏名 〇〇 〇〇  
負担割合 〇割  
有効期限 令和 〇年 〇月 〇日

受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です