

入居証明書

被保険者番号(後期高齢者医療保険) : _____

氏名 : _____

生年月日 : M・T・S 年 月 日生

施設住所 : _____

施設名 : _____

入居日 : _____ 年 月 日

上記の者について、当該施設に現在入居していることを証明します。

証明年月日 : _____ 年 月 日

施設所在地 : _____

施設代表者氏名 : _____ 印

記入例

別紙1

入居証明書

被保険者番号：01234567

氏名： 広域 太郎

生年月日：M・T (S) 2 年 3 月 4 日生

施設住所：愛媛県松山市北条辻〇〇番地

施設名：特別養護老人ホームえひめ

入居日：令和 4 年 5 月 20 日

上記の者について、当該施設に現在入居していることを証明します。

証明年月日：令和 5 年 2 月 24 日

施設所在地：愛媛県松山市北条辻〇〇番地

施設代表者氏名：愛媛 花子

