

第2号様式(第5条関係)

保養施設名
利用券第 号

後期高齢者医療保養施設利用者名簿

(該当する事項に○を付けてください)

利用者数	被 保 険 者 資格の有無	被保険者 番 号	氏 名	住 所	性 別	備考
1	有 ・ 無				男 ・ 女	
2	有 ・ 無				男 ・ 女	
3	有 ・ 無				男 ・ 女	
4	有 ・ 無				男 ・ 女	
5	有 ・ 無				男 ・ 女	
6	有 ・ 無				男 ・ 女	
7	有 ・ 無				男 ・ 女	
8	有 ・ 無				男 ・ 女	
9	有 ・ 無				男 ・ 女	
10	有 ・ 無				男 ・ 女	

＊ 後期高齢者医療被保険者以外の一般利用者の場合は、被保険者番号欄には記入しないでください。