

後期高齢者医療被保険者証

有効期限

被保険者番号

被
保
者
住
所

氏
名

生
年
月
日

資格取得年月日

発効期日

交付年月日

一部負担金
の割合

保険者番号
並びに保険
者の名称及
び印

見本

--	--	--	--	--

印

見本