

後期高齢者医療限度額適用認定証

有効期限

交付年月日

被保険者番号

被 住 所

保 氏 名

險 生 年 月 日

者

発 効 期 日

適 用 区 分

保 險 者 番 号

並 び に 保 險

者 の 名 称 及

び 印

見本

--	--	--	--	--	--	--	--

岡山県後期高齢者医療広域連合



見本