

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証

有効期限

交付年月日

被保険者番号

被
保
険
者

住 所

氏 名

生 年 月 日

発 効 期 日

適 用 区 分

長 期 入 院
該 当 年 月 日

保 険
者 印

保 険 者 番 号
並 び に 保 険
者 の 名 称 及
び 印

岡山県後期高齢者医療広域連合



見本

見本