

【減額認定証の色の変更はありません。】

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証			
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		見本	
有効期限			
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 	