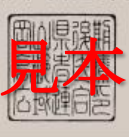


【限度額適用認定証の色の変更はありません。】

後期高齢者医療限度額適用認定証						
有効期限 交付年月日 _____						
被保険者番号 _____						
被 保 険 者	住 所 <b>見本</b>					
	氏 名 _____					
	生年月日 _____					
発効期日 _____						
適用区分 _____						
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 岡山県後期高齢者医療広域連合  <b>見本</b>					