

後期高齢者医療被保険者証

有効期限

被保険者番号

被
保
険
者

住 所

氏 名

生年月日

見 本

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

--	--	--	--	--

静岡県後期高齢者医療広域連合

公 印