

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 年 月 日

被保険者番号											
被 保 険 者	住 所										
	氏 名										
	生年月日	年 月 日									
発効期日		年 月 日									
有効期限		年 月 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		<table border="1"> <tr> <td>3</td> <td>9</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> </tr> </table> <p>静岡県後期高齢者医療広域連合 公印</p>		3	9	2	2	×	×	×	×
3	9	2	2	×	×	×	×				