

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 年 月 日

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

適 用 区 分

長 期 入 院
該 当 年 月 日

保
険
者
印

保 險 者 番 号
並 び の 名 称
及 び 印

--	--	--	--	--	--	--	--

静岡県後期高齢者医療広域連合

公印