

後期高齢者医療特定疾病療養受療証									
交付年月日                      年    月    日									
認定疾病名									
被保険者番号									
被 保 険 者 名	住 所								
	氏 名								
	生年月日                      年    月    日								
発効期日	年    月    日								
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">静岡県後期高齢者医療広域連合 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">公印</span></p>	3	9	2	2				
3	9	2	2						