後期高齢者医療被保険者証

有効期限

交付年月日

被保険者番号		
被保険者	住所	
	氏名	
	生年月日	
資格取得年月日		
発効期日		
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