

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  
險  
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

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

静岡県後期高齢者医療広域連合 公印