

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
住
所

氏
名

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