

後期高齢者医療限度額適用認定証

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

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