

後期高齢者医療限度額適用認定証

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

見本

発 効 期 日

適 用 区 分

保 険 者 番 号
並 び に 保 険
者 の 名 称 及
び 印

--	--	--	--

群馬県後期高齢者医療広域連合

前橋市大渡町一丁目10番地7

電話番号 (027) 256-7171



見本