後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証

交付年月日

被保険者番号		
被保険者	住所	
	氏名	
	生年月日	
発効期日		
有効期限		
適用区分		
長期入院該当年月日		保険者印
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）289-7171

見本

注　意　事　項

1．この証によって療養を受ける場合は、次のとおり一部負担金限度額の適用及び食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額の減額が行われます。

（1）療養を受ける際に支払う一部負担金の額は、医療機関等ごとに1箇月につき、別に定められた額を限度とします。

（2）入院の際に食事療養を受ける場合に支払う食事療養標準負担額又は生活療養を受ける場合に支払う生活療養標準負担額は、別に厚生労働大臣が定める減額された額となります。

2．療養を受けるときは、被保険者証とともに必ずこの証をその窓口で渡してください。

3．被保険者の資格がなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき、又はこの証の有効期限に至ったときには、直ちにこの証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。

4．この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、保険者（後期高齢者医療広域連合）あての届書を、市町村に提出してください。

5．不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。

備　　考