

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

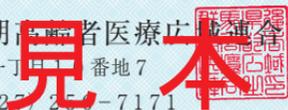
見 本

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番地7
電話番号 (027) 254-7171



注 意 事 項

1. この証によって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. 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、記載された適用区分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、市町村に届け出てください。
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