

# 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17  
電話番号 (027) 256-7171

見本



## 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. 被保険者証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。
3. 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。
4. 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。
5. 療養を受けるときは、その窓口で被保険者証とともにこの証を提出するか、電子的確認を受けてください。

備 考