

# 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



## 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又は記載された適用区分に該当しなくなったときには、直ちにこの証を市町村に返してください。
3. 有効期限を経過した証を使用することはできません。また、有効期限を経過した証を使用して後期高齢者医療給付を受けた場合は、後期高齢者医療給付費の返還を求める場合があります。
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。
6. 療養を受けるときは、その窓口で電子的確認を受けるか、被保険者証とともにこの証を提出してください。

備 考