

# 後期高齢者医療被保険者証

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

資格取得年月日

発 効 期 日

一 部 負 担 金  
の 割 合

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

