

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証

有効期限

交付年月日

被保険者番号

住所

氏名

生年月日

見本

発効期日

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) 256-7171

