

# 後期高齢者医療制度

# 被保険者証

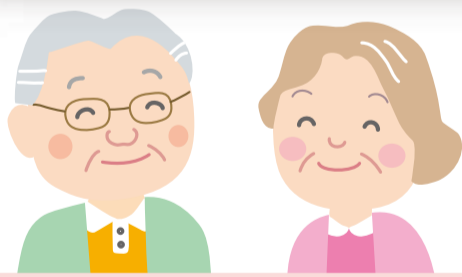
# 更新のお知らせ

**7月末**までに新しい「被保険者証」をお届けしますので、**8月1日**から使用してください。**更新のための手続きは必要ありません**

令和元年  
**8/1**  
から

後期高齢者医療被保険者証	
有効期限	令和 2年 7月31日
交付年月日	令和●●年●●月●●日
被保険者番号	●●●●●●●●
住所	〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号
氏名	広域 太郎 男
生年月日	昭和●●年●●月●●日
資格取得年月日	令和●●年●●月●●日
発効期日	令和●●年●●月●●日
一部負担金の割合	●割
保険者番号並びに保険者の名称及び印	3 9 3 4 X X X X 広島県後期高齢者医療広域連合 印

実際の被保険者証とは異なる場合があります



更新後

令和元年  
**7/31**  
まで

## 被保険者証が届かなかったり紛失したとき

- お住まいの市区町の後期高齢者医療担当窓口にお問い合わせください。
- 再交付申請が必要な場合は、担当窓口で印鑑、本人確認ができるもの及び個人番号（マイナンバー）が確認できるものをご持参のうえ、手続きを行ってください。
- **限度額適用・標準負担額減額認定証**及び**限度額適用認定証**も更新します。認定対象者には、有効期限が令和2年7月31日までのものを被保険者証と一緒にお届けします。
- **特定疾病療養受療証**は、有効期限がありませんので、そのままご使用ください。
- **新しく75歳になられる方**には、誕生日の前月末日までに郵送でお届けします。

後期高齢者医療被保険者証	
有効期限	平成31年 7月31日
被保険者番号	●●●●●●●●
住所	〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号
氏名	広域 太郎 男
生年月日	昭和●●年●●月●●日
資格取得年月日	平成●●年●●月●●日
発効期日	平成●●年●●月●●日
交付年月日	平成●●年●●月●●日
一部負担金の割合	●割
保険者番号並びに保険者の名称及び印	3 9 3 4 X X X X 広島県後期高齢者医療広域連合 印

■お問い合わせ先／広島県後期高齢者医療広域連合

TEL 082-502-3010 FAX 082-502-7844

又は、お住まいの市区町の後期高齢者医療担当窓口

