

# 後期高齢者医療制度

# 「被保険者証」

令和2年  
**8/1**  
から

更新後

令和2年  
**7/31**  
まで

更新の  
お知らせ

後期高齢者医療被保険者証	
有効期限	令和 3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

新しい「被保険者証」は  
**8月1日**から  
使用してください。  
**7月末**までに  
お届けします。

更新の手続きは必要ありません。

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

- **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。対象者には、有効期限が令和3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。

■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

