

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証

交付年月日 _____

被保険者番号			
被 保 険 者	住 所		
	氏 名		
	生年月日		
発効期日			
有効期限			
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	広島県後期高齢者医療広域連合		

- マイナンバーカードを用いたオンライン資格確認により、「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額認定証」の適用状況が確認できる場合には、原本の提示を求める必要はありません。