別紙5

後期高齢者医療被保険者証

有効期限＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者番号			
被保険者	住　所		
	氏　名		
	生年月日		
資格取得年月日			
発効期日			
交付年月日			
一部負担金の割合		１割（※　平成２０年１２月３１日までは３割・自己負担限度額「一般」適用）	
保険者番号並びに保険者の名称及び印			