հՈՒԵԿԻԿԵՒԿԱԿՈՒՈՒԵԿԻԿԵՒԿԱԿԵՐՈՒԻՆ

| 後期 | | | 後期高齢者医療被保険者証 |
|--------------|-------|---|----------------------|
| 查 | | | 可効期限 |
| | | | |
| 被保険者番号 | | | |
| 被 | | | |
| 保 | 住 | 所 | |
| 険 | 氏 | 名 | |
| 者 | 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) |
| 保険者番号 | | | |
| 並びに保険 | | | |
| 者の名称及 び印 | | | Test Image |
| | | | |