**○後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証（見本）**

**0**

**2**

**6**

**1**

**2**

**保険者番号**

**並びに保険**

**者の名称及**

**び印**

**3**

**9**

**0**

**北海道後期高齢者医療広域連合**

**長**

**期**

**入**

**院**

**保険**

**者印**

**発**

**行**

**期**

**日**

**令和　６年　８月　１日**

**適**

**用**

**区**

**分**

**区分Ⅱ**

**該当年月日**

**生年月日**

**昭和　７年　７月　７日**

**被**

**保**

**険**

**者**

**住**

**所**

**広域市連合長１丁目**

**男**

**氏**

**名**

**広域　太郎**

**交**

**付**

**年**

**月**

**日**

**０１２３４５６７**

**有**

**効**

**期**

**限**

**令和７年 ７月３１日**

**令和６年 ８月　１日**

**後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証**

**公印**

**（朱）**

**※　有効期限が「令和７年７月３１日」となっているオレンジ色のもの**

**が新しい減額認定証です。**