

資料1 掲載内容

- ① 後期高齢者医療制度被保険者のみなさま
- ② 令和6年8月1日から保険証が変わります
- ③ (旧) 被保険者証 (保険証) → (新) 被保険者証 (保険証)
(藤色) (緑色)
※ 新旧保険証見本を入れる (備考参照)
- ④ 新しい保険証は、それぞれ7月下旬までに、お住まいの地域の市(区)役所・町役場から郵送します
※ 封筒見本を入れる (備考参照)
- ⑤ 保険証が届いたら
住所・氏名などを確認してください
一部負担金の割合を確認してください
- ⑥ 8月からは、医療機関の窓口で新しい保険証を見せてください
- ⑦ 12月2日以降は新規保険証が発行できません。可能な限りマイナ保険証の利用をお願いします
- ⑧ お問い合わせは
お住まいの地域の市(区)役所・町役場の窓口へ
- ⑨ 静岡県後期高齢者医療広域連合
- ⑩ 不審な電話や訪問者にご注意ください
被保険者のみなさまにATM(現金自動預け払い機)を利用して保険料等の支払いや還付の手続きをお願いすることはありません

(備考)

I 県内居住の高齢者に、「後期高齢者医療被保険者証（保険証）」が8月に更新されることを周知するポスターです。

II ①、②がタイトル部分です。
※ ②の方を大きくしてください。

III ③は、契約締結後にお渡しする「保険証」（見本）を入れてください。
※（旧）は小さく、（新）は大きく表示してください。
○ 掲載する「保険証」（見本）の見本です。
（ポスター掲載用は契約締結後にお渡しします。）

後期高齢者医療被保険者証	
有効期限 4XXX年2X月2X日	
交付年月日 4XXX年2X月2X日	
被保険者番号	8XXXXXXX
被 住 所	14XXXXXXXXXXXX
	14XXXXXXXXXXXX
	14XXXXXXXXXXXX
保 險 者 氏 名	10XXXXXXXXXX
	XX
生年月日	4XXX年2X月2X日
資格取得年月日	4XXX年2X月2X日
発効期日	4XXX年2X月2X日
一部負担金の割合	15XXXXXXXXXXXX
	15XXXXXXXXXXXX
保険者番号並びに保険者の名称及び印	3922XXXX 静岡県後期高齢者医療広域連合 印

※旧証は藤色

後期高齢者医療被保険者証	
有効期限 4XXX年2X月2X日	
交付年月日 4XXX年2X月2X日	
被保険者番号	8XXXXXXX
被 住 所	14XXXXXXXXXXXX
	14XXXXXXXXXXXX
	14XXXXXXXXXXXX
保 險 者 氏 名	10XXXXXXXXXX
	XX
生年月日	4XXX年2X月2X日
資格取得年月日	4XXX年2X月2X日
発効期日	4XXX年2X月2X日
一部負担金の割合	15XXXXXXXXXXXX
	15XXXXXXXXXXXX
保険者番号並びに保険者の名称及び印	3922XXXX 静岡県後期高齢者医療広域連合 印

※新証は緑色

IV ④付近に、契約締結後にお渡しする封筒見本を入れてください。

※ 掲載する封筒（見本）の見本です。

（ポスター掲載用は契約締結後にお渡しします。）

* 黄色です。



V ⑦は、ポスターの下部分に入れてください。

VI ⑧は、⑦の下に入れてください。

VII ⑨は、⑧の下に入れてください。

VIII ⑩は、⑨の下に入れてください。