

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、「後期高齢者医療資格確認書」等が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「資格確認書」(見本)と「資格情報のお知らせ」(見本)を入れてください。

※旧書は小さく、新書と資格情報のお知らせは大きくなるように表示してください。

○ 掲載する「資格確認書」と「資格情報のお知らせ」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。)

後期高齢者医療資格確認書	
有効期限 令和 年 月 日	
交付年月日 令和 年 月 日	
被保険者番号	
被 住 所	
保 氏 名	
者 生 年 月 日	
資格取得年月日	
負担割合 発効期日	
限度区分 発効期日	
長期入院該当日	
特定疾病区分 発効期日	
保険者番号並びに保険者の 名称及び印	静岡県後期高齢者医療広域連合 公印

※旧書はオレンジ色

後期高齢者医療資格確認書	
有効期限 令和 年 月 日	
交付年月日 令和 年 月 日	
被保険者番号	
被 住 所	
保 氏 名	
者 生 年 月 日	
資格取得年月日	
負担割合 発効期日	
限度区分 発効期日	
長期入院該当日	
特定疾病区分 発効期日	
保険者番号並びに保険者の 名称及び印	静岡県後期高齢者医療広域連合 公印

※新書は藤色

VIII ⑩は、⑨の下に入れてください。