

| 後期高齢者医療制度額適用・標準負担額減額認定証                 |  |                |   |   |   |   |   |   |   |
|---|--|----------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 有効期限 令和XX年XX月XX日                        |  |                |   |   |   |   |   |   |   |
| 交付年月日 令和XX年XX月XX日                       |  |                |   |   |   |   |   |   |   |
| 被保険者番号                                  | 00000001   |                |   |   |   |   |   |   |   |
| 被<br>保<br>険<br>者                        | 住 所  | 茨城県水戸市赤塚1丁目1番地 |   |   |   |   |   |   |   |
|   | 氏 名  | 後期 太郎 男        |   |   |   |   |   |   |   |
|   | 生年月日   | 昭和 5年 5月 5日    |   |   |   |   |   |   |   |
| 発 効 期 日                                 | 令和XX年XX月XX日  |                |   |   |   |   |   |   |   |
| 適 用 区 分                                 | 区分Ⅱ  |                |   |   |   |   |   |   |   |
| 長 期 入 院<br>該 当 年 月 日                    | 年 月 日 保 険 者 印  |                |   |   |   |   |   |   |   |
| 保 険 者 番 号 並<br>び に 保 険 者 の<br>名 称 及 び 印 | <table border="1"> <tr> <td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td> </tr> </table><br>茨城県後期高齢者医療広域連合 <b>印</b> | X              | X | X | X | X | X | X | X |
| X                                       | X  | X              | X | X | X | X | X |   |   |

**後期高齢者医療**

限度額適用・標準負担額減額認定証

\* 後期高齢者医療一部負担金  
1割の方で低所得Ⅱもしくは  
Ⅰに該当する方

| 後期高齢者医療特定疾病療養受療証                        |  |             |   |   |   |   |   |   |   |
|---|--|-------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 交付年月日 平成YY年YY月YY日                       |  |             |   |   |   |   |   |   |   |
| 認 定 疾 病 名                               | 人工腎臓を実施している慢性腎不全   |             |   |   |   |   |   |   |   |
| 被保険者番号                                  | 00000001   |             |   |   |   |   |   |   |   |
| 被<br>保<br>険<br>者<br>名                   | 住 所  | 水戸市赤塚1丁目1番地 |   |   |   |   |   |   |   |
|   | 氏 名  | 後期 太郎 男     |   |   |   |   |   |   |   |
|   | 生年月日   | 昭和 5年 5月 5日 |   |   |   |   |   |   |   |
| 発 効 期 日                                 | 平成XX年XX月XX日  |             |   |   |   |   |   |   |   |
| 保 険 者 番 号 並<br>び に 保 険 者 の<br>名 称 及 び 印 | <table border="1"> <tr> <td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td> </tr> </table><br>茨城県後期高齢者医療広域連合 <b>印</b> | X           | X | X | X | X | X | X | X |
| X                                       | X  | X           | X | X | X | X | X |   |   |

**後期高齢者医療**

特定疾病療養受療証

\* 厚生労働大臣が指定する  
特定疾病（人工透析が必要な  
慢性腎不全など）に該当する

