

後期高齢者医療被保険者証

有効期限 平成25年7月31日

被保険者番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		
被 保 険 者	住 所	△△市△△町△△丁目△番△号	
	氏 名	見 本 広域 花子	
	生年月日	昭和□□年□□月□□日	
資格取得年月日	平成○○年○月○日		
発 効 期 日	平成○○年○月○日		
交 付 年 月 日	平成○○年○月○日		
一 部 負 担 金 の 割 合	○割		
保 険 者 番 号 並 び に 保 険 者 の 名 称 印 及 び	× × × × × × × ×		印
	大阪府後期高齢者医療広域連合		