



被保険者証付台紙

1. この証の交付を受けたときは、大切に保管してください。
2. 被保険者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村に提出してください。  
また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
3. この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、保険者（千葉県後期高齢者医療広域連合）あての届書を、市町村に提出してください。
4. 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに、市町村に提出して、保険者の検認又は更新を受けてください。
5. 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

特別の事情がないのに保険料を滞納した場合、この証を返還していただくことがあります。また、特別の事情がないのに納期限から1年間経過しても保険料を滞納している場合、この証を返還していただきます。

後期高齢者医療被保険者証										有効期限									
被保険者番号	8	X	X	X	X	X	X	X	X	平成	X	X	年	X	X	月	X	X	日
住所	1	5	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	1	5	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	1	5	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
氏名	2	0	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
生年月日	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	性別	1					
資格取得年月日	平成	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
発行期日	平成	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
交付年月日	平成	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
一部負担金の割合	2	0	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	2	0	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
保険者番号	3	9	1	2	X	X	X	X											
保険者名	千葉県後期高齢者医療広域連合										印								

↑  
ここからはがしてご使用ください。