

# 後期高齢者医療被保険者証

病院受診、歯科受診する際に必要な医療保険の保険証です。

簡易書留(対面配達)で郵送されます。

※簡易書留は不在の場合、不在連絡票が投函され、再配達か郵便局まで取りに行く必要があります。郵便局の保管期間が過ぎた場合は、市町村に返送されてしまいますのでご注意ください。

被保険者名	
被保険者番号	
負担割合	1割
有効期限	7月31日

後期高齢者医療被保険者証 有効期限

被保険者番号

住所

氏名

生年月日

資格取得年月日

発効期日

交付年月日

一部負担金の割合

1割

保険者番号

3 9 1 9 2 0 1 8

保険者名

山梨県後期高齢者医療広域連合

性別 女

日

日

日

日




※市町村により色が異なります。

※後期高齢者医療被保険者証は年度で色が変わります。

# 介護保険負担割合証

『介護保険負担割合証』は被保険者によって負担割合が異なるために、各被保険者の負担割合を知らせるもので、当施設を利用する際に必要です。

介護保険負担割合証			
交付年月日			
被 保 険 者	番 号		
	住 所		
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日		性別
利用者負担の割合	適用期間		
1割	開始年月日		
	終了年月日		
	開始年月日		
	終了年月日		
保険者番号並びに保険者の名称及び印	1   9   2   0   1   3		
	山梨県甲府市 丸の内一丁目18番1号 甲 府 市		


※市町村により色が異なります。

# 介護保険負担限度額認定証 (対象者のみ)

『介護保険負担限度額認定証』は当施設入所サービス利用時の食費・居住費を軽減できる制度であり、当施設を利用する際に必要です。

**申請手続きが必要です!**

※申請しなければ減額されませんのでご注意ください。

介護保険負担限度額認定証		
交付年月日		
被 保 険 者	番 号	
	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	性別 女
	適用年月日	から
	有効期限	まで
食費の負担限度額	390円	
居住費又は 滞在費の 負担限度額	ユニット型個室	820円
	ユニット型準個室	490円
	従来型個室(特養等)	420円
	従来型個室(老健・療養等) 多床室	490円 370円
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">1 9 2 0 1 3</div> 山梨県甲府市 丸の内一丁目18番1号 甲 府 市 	

※市町村により色が異なります。