

毎月、  
月に一度

保険証のご提示を  
お願いいたします



受付

健康保険  
被保険者証

本人(被保険者) 00000  
令和0年0月0日交付  
00

記号 00000000 番号

氏名 協会 太郎  
生年月日 平成0年0月00日  
性別 男  
資格取得年月日 令和0年0月00日

事業所名称  株式会社  
保険者番号 0:0:0:0:0:0:0:0  
保険者名称 全国健康保険組合  支部  
保険者所在地  区  番地

見本

印



後期高齢者医療被保険者証

有効期限 令和 5年 7月31日  
交付年月日 令和 4年10月 1日

被保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8

住所 新潟市中央区新光町4番地1

氏名 広域 花子  
生年月日 昭和18年 4月 1日  
性別 女


資格取得年月日 平成30年 4月 1日

発効期日 平成30年 4月 1日

一部負担金の割合 1割

保険者番号及び保険者の名称及  
3 9 1 5 2 0 5 3  
新潟県後期高齢者医療広域連合

SAM



# お 願 い

令和4年10月1日から、後期高齢者医療被保険者証が新しくなります

- ・保険証をお忘れになると**窓口負担割合**の確認できません。
- ・保険証が確認できないときは、一旦**全額自費**でお支払い頂きます。
- ・改めて**保険証**をお持ちいただいた場合、差額を**返金**致します。

その際に、**自費の領収書**も必ずご持参下さい。





# お願い

## 窓口負担割合が2割になる方がいらっしゃいます

- ・1ヶ月の窓口負担の増加額が3,000円を超える場合には、  
窓口負担額の計算が**1円単位**で行われます。
- ・受診時には、必ず**保険証**をお見せください。

