

令和4年6月吉日

保険医療機関 各位

岐阜県後期高齢者医療広域連合

保険医療機関等窓口用ポスターの掲示等について（依頼）

日ごろは、後期高齢者医療制度の円滑な運営に格別なる御理解、御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、当広域連合では、被保険者の皆様に制度の周知を図るため、ポスターを作成しました。

つきましては、下記のとおり配付いたしますので、誠に恐れ入りますが、貴施設内の見えやすい場所に掲示等していただきますようお願いいたします。

なお、令和4年10月1日から、一定以上の所得がある方の窓口負担割合に2割負担が導入されることに伴い、令和4年度は被保険者証の更新を2回実施しますので、よろしくお願いいたします。

記

【配付書類】

- | | |
|------------|----|
| ・ポスター（A3版） | 1部 |
| ・ポスター（A4版） | 5部 |

問い合わせ先

〒501-6111

岐阜市柳津町宮東一丁目1番地

岐阜県後期高齢者医療広域連合

担当 総務課総務企画係 鷲見

電話 058-387-6368 FAX 058-218-2275

75歳以上※の方へのお知らせ

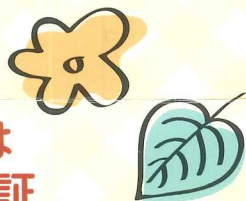
※65歳から74歳までの方で一定の障がいがあり、
制度に加入している方を含みます。

令和4年度は

後期高齢者医療制度の 保険証を2回更新します！ (被保険者証)

令和4年10月1日から2割負担が導入されるため、
令和4年度は、**保険証を2回、7月と9月に簡易書留で郵送**によりお届けします。
これから75歳になる方の保険証は、誕生日の前月に簡易書留で郵送によりお届けします。

令和4年
7月31日までは
赤系の色の保険証



有効期間 令和4年 令和4年
8月1日から9月30日まで

7月にお届けする保険証

被保険者番号 ○○○○○○○○
氏 名 広域 太郎
一部負担金の 割 ○ 割
有効期限 令和4年9月30日

有効期限を
ご確認ください

有効期間 令和4年 令和5年
10月1日から7月31日まで

9月にお届けする保険証

被保険者番号 ○○○○○○○○
氏 名 広域 太郎
一部負担金の 割 ○ 割
有効期限 令和5年7月31日

有効期限を
ご確認ください

黄系の
色に
変わります

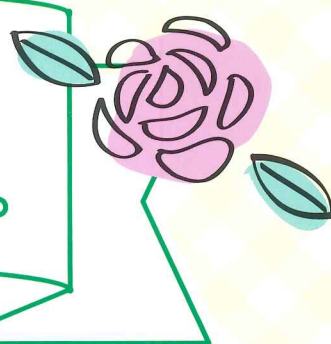
後期高齢者医療被保険者証 有効期限
被保険者番号 ○○○○○○○○ 令和4年9月30日
住 所 岐阜市柳津町宮東1丁目1番地
氏 名 広域 太郎 性別 男
生 年 月 日 昭和○○年○○月○○日
資格取得年月日 平成○○年○○月○○日
発 効 期 日 令和○○年○○月○○日
交 付 年 月 日 令和○○年○○月○○日
一部負担金の割合 ○ 割
保 険 者 番 号 ○○○○○○○○
保 険 者 名 岐阜県後期高齢者医療広域連合 見本

青系の
色に
変わります

後期高齢者医療被保険者証 有効期限
被保険者番号 ○○○○○○○○ 令和5年7月31日
住 所 岐阜市柳津町宮東1丁目1番地
氏 名 広域 太郎 性別 男
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 令和○○年○○月○○日
交 付 年 月 日 令和○○年○○月○○日
一部負担金の割合 ○ 割
保 険 者 番 号 ○○○○○○○○
保 険 者 名 岐阜県後期高齢者医療広域連合 見本



保険証を提示するときは必ず
「有効期限」を確認してください。



お問い合わせ先

岐阜県後期高齢者医療広域連合 ☎058-387-6368
または、お住まいの市町村担当窓口

75歳以上※の方へのお知らせ

※65歳から74歳までの方で一定の障がいがあり、
制度に加入している方を含みます。

令和4年度は

後期高齢者医療制度の 保険証を2回更新します!

(被保険者証)

令和4年10月1日から2割負担が導入されるため、
令和4年度は、**保険証を2回、7月と9月に簡易書留で郵送**によりお届けします。
これから75歳になる方の保険証は、誕生日の前月に簡易書留で郵送によりお届けします。

令和4年
7月31日までは
赤系の色の保険証



有効
期間 令和4年 令和4年
8月1日から9月30日まで

7月にお届けする保険証

被保険者番号 ○○○○○○○○

氏 名 広域 太郎

一部負担金の
割 合 ○ 割

有効期限 令和4年9月30日

有効期限を
ご確認ください

後期高齢者医療被保険者証 有効期限

被保険者番号 ○○○○○○○○ 令和4年7月31日

住 所 岐阜市柳津町宮東1丁目1番地

氏 名 広域 太郎 性別 男

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 令和○○年○○月○○日

交 付 年 月 日 令和○○年○○月○○日

一部負担金の割合 ○ 割

保 険 者 番 号 ○○○○○○○○

保 険 者 名 岐阜県後期高齢者医療広域連合 見本

黄系の
色に
変わります

有効
期間 令和4年 令和5年
10月1日から7月31日まで

9月にお届けする保険証

被保険者番号 ○○○○○○○○

氏 名 広域 太郎

一部負担金の
割 合 ○ 割

有効期限 令和5年7月31日

有効期限を
ご確認ください

後期高齢者医療被保険者証 有効期限

被保険者番号 ○○○○○○○○ 令和5年7月31日

住 所 岐阜市柳津町宮東1丁目1番地

氏 名 広域 太郎 性別 男

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 令和○○年○○月○○日

交 付 年 月 日 令和○○年○○月○○日

一部負担金の割合 ○ 割

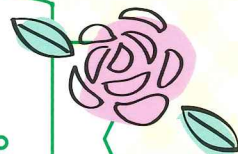
保 険 者 番 号 ○○○○○○○○

保 険 者 名 岐阜県後期高齢者医療広域連合 見本

青系の
色に
変わります



保険証を提示するときは必ず
「有効期限」を確認してください。



お問い合わせ先

岐阜県後期高齢者医療広域連合 ☎058-387-6368

または、お住まいの市町村担当窓口