

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

# 令和4年度は

※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。

# 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8月1日から9月30日まで 令和4年

有効期間 令和4年 10月1日から7月31日まで 令和5年

## 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7月31

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
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	○○○○○○○○	

黄系の  
色に  
変わります

被保険者番号 ○○○○○○○○

氏名 広域 太郎

## 一部負担金の割合

有効期限 令和4年9月30日

有効期限を  
ご確認  
ください

氏名 広域 太郎 性別 男  
生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日  
資格取得年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日  
発効期日 令和〇〇年〇〇月〇〇日  
交付年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日  
一部負担金の割合 ○割

保 險 者 番 号 ○○○○○○○○○○  
保 險 者 名 岐 阜 県 後 期 高 齡 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 昭和〇〇年〇〇月〇〇日  
資格取得年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日  
発 効 期 日 令和〇〇年〇〇月〇〇日  
交 付 年 月 日 令和〇〇年〇〇月〇〇日  
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



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

# 令和4年度は

※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。

# 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

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7月31

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	広城 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	○○○○○○○○	

黄系の  
色に  
変わります

A simple line drawing of a man and a woman. The man on the left has dark hair and is wearing a light green long-sleeved shirt. The woman on the right has short brown hair and is wearing a yellow long-sleeved shirt. Both characters have their hands near their mouths, with fingers pointing upwards, suggesting they are speaking or shouting.

有効  
期間 令和4年  
8月1日～8月30日

被保険者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇  
氏名 広域 太郎 有  
一部負担金の割合 ○ 割  
有効期限 令和4年9月30日

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	広城 太郎	性 別	
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	○○○○○○○○○○		

有効期限を  
ご確認  
ください

青系の  
色に  
変わります

有効  
期間 令和4年 10月1日～令和5年 7月31日

被保険者番号	○○○○○○○○
氏名	広域 太郎
一部負担金の割合	<input type="radio"/> 割
有効期限	令和5年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	○○○○○○○○○○	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	広城 太郎	性別
生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
資格取得年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	
発効期日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	
交付年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	
一部負担金の割合	〇割	
保険者番号	○○○○○○○○○○	

有効期限を  
ご確認  
ください

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