

75

一定の障がいがある方は 65 歳以上

歳以上の方へ

後期高齢者医療の保険証が

今年度は
2回

新しく なります!

後期高齢者医療被保険者証	
有効期限	令和4年 9月30日
交付年月日	令和4年 8月 1日
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8
住所	〇〇市〇〇区〇〇町〇〇番地
氏名	広域 太郎 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	平成〇〇年〇〇月〇〇日
一部負担金の割合	※ 割
保険者番号並びに保険者の名称及び印	3 9 1 4 〇 〇 〇 〇 神奈川県後期高齢者医療広域連合

新しい保険証は、
簡易書留
または
特定記録郵便
でお届けします。

後期高齢者医療被保険者証	
有効期限	令和6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	〇〇市〇〇区〇〇町〇〇番地
氏名	広域 太郎 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	平成〇〇年〇〇月〇〇日
一部負担金の割合	※ 割
保険者番号並びに保険者の名称及び印	3 9 1 4 〇 〇 〇 〇 神奈川県後期高齢者医療広域連合

法改正により ②

令和4年8・9月は
(桃色)

7月中着

①



現在お持ちの
保険証は、
8月1日から
ご使用できません。

後期高齢者医療被保険者証	
有効期限	令和4年 7月31日
交付年月日	令和2年 8月 1日
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8
住所	〇〇市〇〇区〇〇町〇〇番地
氏名	広域 太郎 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	平成〇〇年〇〇月〇〇日
一部負担金の割合	※ 割
保険者番号並びに保険者の名称及び印	* 3 9 1 4 〇 〇 〇 〇 神奈川県後期高齢者医療広域連合

令和4年7月まで(水色)

9月中着

令和4年10月から
(だいたい色)



期日を過ぎても保険証
が届かない場合には、
市区町村の後期高齢者
医療担当窓口(裏面)に
お問い合わせください。

新しい保険証(桃色・だいたい色)が届きましたら、それまでの保険証は有効期限以降に市区町村の担当窓口にお返しいただくか、ご自身での破棄をお願いします。

お問い合わせ 市区町村 後期高齢者医療担当窓口

発行: 神奈川県後期高齢者医療広域連合