

後期高齢者医療制度に関する大切なお知らせ

9月中旬頃、後期高齢者医療被保険者すべての方に被保険者証を交付します。

令和4年9月30日まで		令和4年10月1日から																	
※現役並み所得者	窓口負担割合 3割	※現役並み所得者	3割																
一般所得者	1割	一定以上の所得のある方	2割																
		一般所得者	1割																
<p>〈証のイメージ〉</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">被保険者証(表面) ※ 1回目交付</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>被保険者名</td><td>後期 太郎</td></tr> <tr><td>被保険者番号</td><td>01234567</td></tr> <tr><td>負担割合</td><td>1割</td></tr> <tr><td>有効期限</td><td>令和4年9月30日</td></tr> </table> <p style="font-size: small;">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7月1日 被保険者番号 01234567 住所 甲府市濹沢一丁目15番45号 氏名 後期太郎 性別 男 生年月日 昭和10年10月10日 資格取得年月日 平成20年4月1日 発行期日 平成20年4月1日 一部負担金の割合 1割 保険者番号 39190004 保険者名 山梨県後期高齢者医療広域連合</p> </div> <div style="font-size: 2em; color: blue; font-weight: bold;">➔</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">被保険者証(表面) ※ 2回目交付</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>被保険者名</td><td>後期 太郎</td></tr> <tr><td>被保険者番号</td><td>01234567</td></tr> <tr><td>負担割合</td><td>2割 (令和4年9月30日までは1割)</td></tr> <tr><td>有効期限</td><td>令和5年7月31日</td></tr> </table> <p style="font-size: small;">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9月1日 被保険者番号 01234567 住所 甲府市濹沢一丁目15番45号 氏名 後期太郎 性別 男 生年月日 昭和10年10月10日 資格取得年月日 平成20年4月1日 発行期日 平成20年4月1日 一部負担金の割合 2割(令和4年9月30日までは1割) 保険者番号 39190004 保険者名 山梨県後期高齢者医療広域連合</p> </div> </div>		被保険者名	後期 太郎	被保険者番号	01234567	負担割合	1割	有効期限	令和4年9月30日	被保険者名	後期 太郎	被保険者番号	01234567	負担割合	2割 (令和4年9月30日までは1割)	有効期限	令和5年7月31日		
被保険者名	後期 太郎																		
被保険者番号	01234567																		
負担割合	1割																		
有効期限	令和4年9月30日																		
被保険者名	後期 太郎																		
被保険者番号	01234567																		
負担割合	2割 (令和4年9月30日までは1割)																		
有効期限	令和5年7月31日																		
<p>使用期間 令和4年9月30日まで ★新しい被保険者証が届き次第、ハサミで細かく裁断し、破棄してください。</p>		<p>使用期間 令和4年10月1日～令和5年7月31日</p>																	

※現役並み所得者（3割負担）の条件は変わりません。

今回郵送される被保険者証は、現在お手元にある被保険者証と**同じ色(水色)**になります。**破棄する際には間違いがないか、今一度確認**していただきますよう、お願いいたします。

お問合せ

南部町役場 住民課
☎ 66-3405

山梨県後期高齢者医療広域連合
☎ 055-236-5671