

後期高齢者医療制度

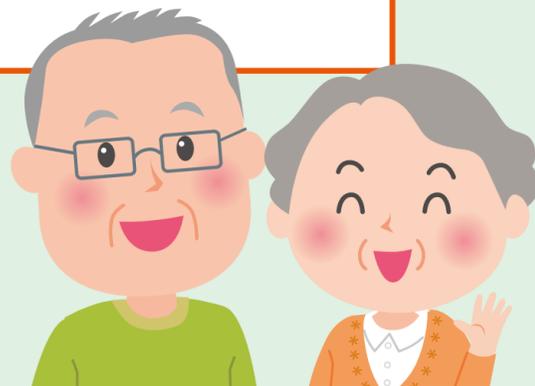
被保険者証が変わります。

新しい被保険者証(橙色)は

- 令和5年7月下旬までに、簡易書留等でご自宅に郵送します。
- 届いたときからご使用いただけます。

黄色の被保険者証は

- 令和5年8月1日以降ご使用になれません。
- 新しい被保険者証(橙色)が届きましたら、ご自身で破棄いただくか、市区町村の担当窓口へお返してください。



旧

有効期限
令和5年7月31日まで

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 令和〇〇年〇〇月〇〇日									
被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇								
住所	△△市△△町△△丁目△番△号								
氏名	広域 太郎								
生年月日	□□〇〇年〇〇月〇〇日								
資格取得年月日	□□〇〇年〇〇月〇〇日								
発効期日	□□〇〇年〇〇月〇〇日								
一部負担金の割合	〇割								
保険者番号並びに保険者の名称及び印	<table border="1"> <tr> <td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td> </tr> </table> 大阪府後期高齢者医療広域連合 電話：06-4790-2028	×	×	×	×	×	×	×	×
×	×	×	×	×	×	×	×		

新

有効期限
令和6年7月31日まで

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 令和〇〇年〇〇月〇〇日									
被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇								
住所	△△市△△町△△丁目△番△号								
氏名	広域 太郎								
生年月日	□□〇〇年〇〇月〇〇日								
資格取得年月日	□□〇〇年〇〇月〇〇日								
発効期日	□□〇〇年〇〇月〇〇日								
一部負担金の割合	〇割								
保険者番号並びに保険者の名称及び印	<table border="1"> <tr> <td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td> </tr> </table> 大阪府後期高齢者医療広域連合 電話：06-4790-2028	×	×	×	×	×	×	×	×
×	×	×	×	×	×	×	×		



**橙色
になります。**
※ 証の大きさは変わりません。

次の場合は、お持ちの被保険者証を、市区町村の担当窓口へお返してください。

- 大阪府から他の都道府県に引っ越しされるなど、資格がなくなったとき
- 住所や一部負担金の割合などに変更があり、新しい被保険者証が届いたとき

医療機関等の窓口での自己負担(一部負担金)割合

一般の方は、**1割** …… 一定以上所得のある方は、**2割** …… 現役並み所得のある方は、**3割**

大阪府後期高齢者医療広域連合
〒540-0028 大阪府中央区常盤町1丁目3番8号 中央大通FNビル8階
電話：06-4790-2028 (資格管理課) / 2031 (給付課) / 2029 (総務企画課)
ファックス：06-4790-2030 (共通) ホームページ <https://www.kouikirengo-osaka.jp/>

または お住まいの市区町村の後期高齢者医療担当窓口

