様式第四号（第六十二条第四項関係）

（表面）

後期高齢者医療特定疾病療養受療証

交付年月日　　年　　月　　日

認定疾病名			
被保険者番号			
被保険者名	住所		
	氏名		男・女
	生年月日	年　　月　　日	
発効期日		年　　月　　日	
保険者番号並びに保険者の名称及び印			