医　療　証

みほん

負担者番号		9 9 9 9 9
受給者番号		1 1 1 1 1 1 1 1 1
子ども	氏名	山田　花子
	生年月日	2024年1月1日
保護者	住所	〒 xxx-xxxx 東京都xx区xx 2丁目８－４
	氏名	山田　太郎
有効期限		2024年10月1日から 2025年9月30日まで
		ｘ ｘ区長
交付年月日		2024年9月30日

有効期限内であること
を確認してください。