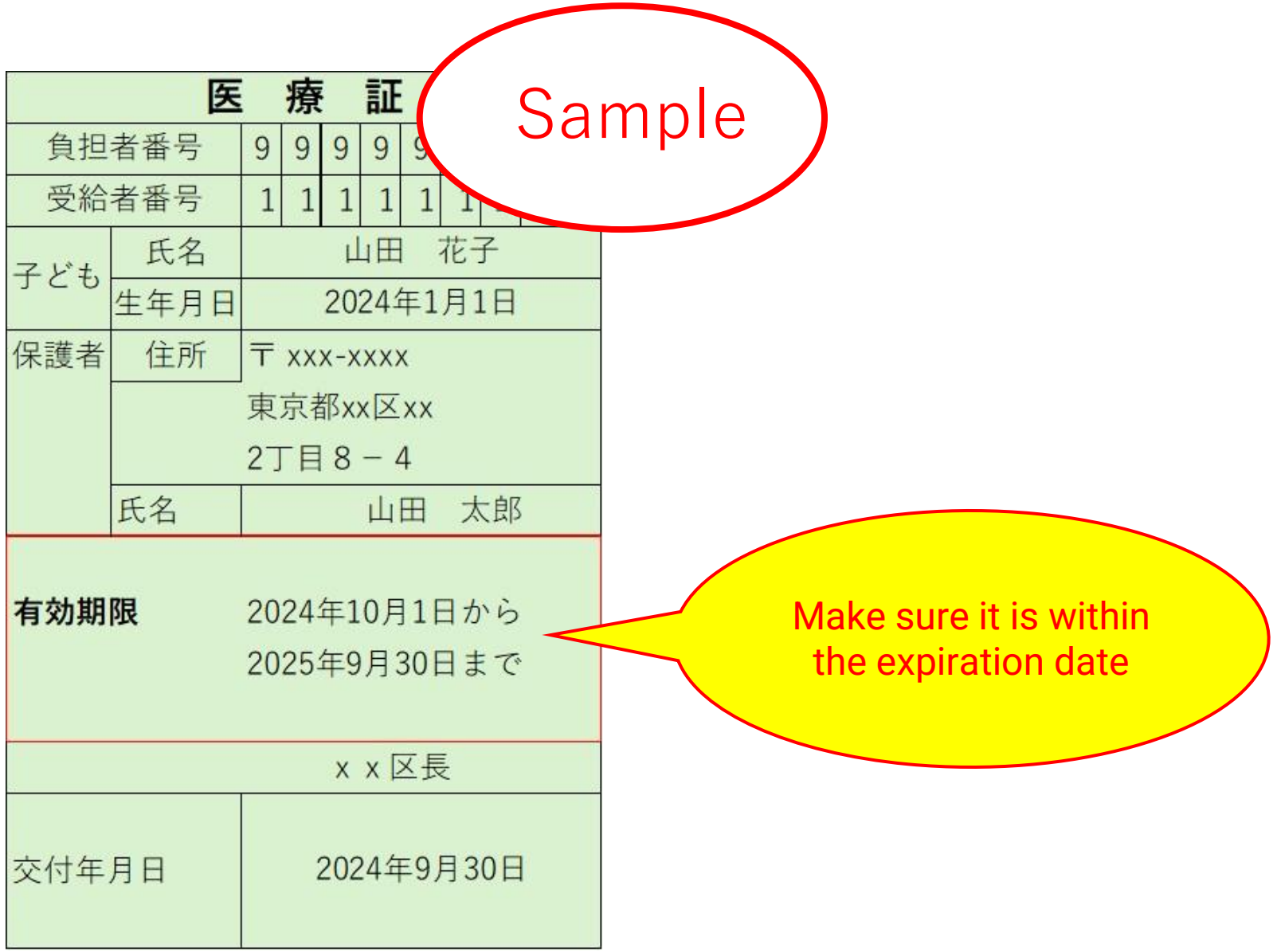
医　療　証
負担者番号
9 9 9 9 9
受給者番号
1 1 1 1 1 1
子ども
氏名
山田　花子
生年月日
2024年1月1日
保護者
住所
〒 xxx-xxxx
東京都xx区xx
2丁目８－４
氏名
山田　太郎
有効期限
2024年10月1日から
2025年9月30日まで
ｘ ｘ区長
交付年月日
2024年9月30日
Sample
Make sure it is within
the expiration date