

# 後期高齢者医療被保険者証

有効期限 \_\_\_\_\_

被保険者番号								
被 保 険 者	住 所							
	氏 名							
	生年月日							
資格取得年月日								
発 効 期 日								
交 付 年 月 日								
一 部 負 担 金 の 割 合								
保 険 者 番 号 並 び に 保 険 者 の 名 称 及 び 印	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table> <p>群馬県後期高齢者医療広域連合 前橋市大渡町一丁目1番地7 電話番号 (027) 250-7171</p>							

見本

見本

## 注 意 事 項

1. この証の交付を受けたときは、大切に保管してください。
2. 保険医療機関等において診療を受けようとするときは、必ずこの証をその窓口で渡してください。
3. 被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を市町村に提出してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
4. この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、保険者（後期高齢者医療広域連合）あての届書を、市町村に提出してください。
5. 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに、市町村に提出して、保険者の検認又は更新を受けてください。
6. 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。
7. 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合、この証を返還していただくことがあります。また、特別の事情がないのに納期限から1年間経過しても保険料を滞納している場合、この証を返還していただきます。

## 備 考

### 臓器提供に関する意思表示欄

- 1から3までのいずれかの番号を○で囲んでください。
1. 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。
  2. 私は、心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。
  3. 私は、臓器を提供しません。
- 1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。

【心臓・肺・肝臓・腎(じん)臓・脾(すい)臓・小腸・眼球】

〔特記欄： \_\_\_\_\_ 〕

署名年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本人署名 \_\_\_\_\_ 家族署名 \_\_\_\_\_  
(自筆) (自筆)