

# 後期高齢者医療被保険者証

有効期限

交付年月日

被保険者番号

被  
保  
険  
者

住 所

氏 名

生年月日

見 本

資格取得年月日

発 効 期 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

群馬県後期高齢者医療広域連合  
前橋市大渡町一丁目番地7  
電話番号 (027) 280-7171

見 本

## 注 意 事 項

- この証の交付を受けたときは、大切に保管してください。
- 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。
- 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。
- 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、市町村に届け出てください。
- 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。
- 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。
- 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。

- 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。
- 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。
- 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  
(自筆)

家族署名  
(自筆)