

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

住
所

氏
名

氏
名

生
年
月
日

生
年
月
日

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1-1番地
電話番号 (027) 256-7171



見本

複写

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、市町村に届け出てください。
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
(自筆) _____

家族署名
(自筆) _____