

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10番地7

電話番号 (027) 256-7171



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、その窓口で電子資格確認を受けるか、この証を渡してください。
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。また、有効期限を経過した被保険者証を使用して後期高齢者医療給付を受けた場合は、後期高齢者医療給付費の返還を求められます。
6. 後期高齢者医療広域連合の検認又は更新のため、被保険者証の提出を求められた場合は、速やかに、市町村へ提出してください。
7. 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。
8. 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

以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思を表示することができます。記入する場合は、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) _____