様式第九号(1)(第四十七条関係)

(表　　面)

◀

(被保険者)　　令和　年　月　日交付

健　康　保　険
被 保 険 者 証 記号　　番号　　(枝番)

氏名
性別
生　年　月　日　　年　月　日
資格取得年月日　　年　月　日

保険者所在地
保険者番号・名称　　印

(裏　　面)

住　所	
備　考	

※　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・腎臓(じん)・膵臓(すい)・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)：

備考　1. プラスチックその他の材料を用い、使用に十分耐え得るものとする。

2. 大きさは、縦54ミリメートル、横86ミリメートルとする。

3. 必要があるときは、横書きの文字を縦書きで表示することその他所要の変更又は調整を加えることができる。

4. 被保険者に次に掲げる事項を周知するものとする。

(1)　被保険者証の交付を受けたときは、直ちに住所欄に住所を自署して大切に保管すること。

(2)　保険医療機関等において診療を受けようとするときには、その窓口で電子資格確認を受けるか、被保険者証を提出すること。

(3)　被保険者の資格を喪失したときは、5日以内に被保険者証を事業主に提出すること。ただし、任意継続被保険者の場合は保険者に返納すること。

(4)　不正に被保険者証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあること。

(5)　被保険者証の記載事項に変更があった場合には、直ちに事業主を経由して保険者に提出して訂正を受けること。ただし、任意継続被保険者の場合は事業主を経由することを要しないこと。