様式第一号の二の二(第六条関係)

(表　面)

○ ○ 都 道 府 県　　有効期限　　年　　月　　日

国 民 健 康 保 険　　発効期日　　年　　月　　日

被 保 険 者 証

兼 高 齢 受 給 者 証

記　号　　番　号　　(枝番)

氏　名　　性　別

生　年　月　日　　年　　月　　日　　負担割合　　割

適用開始年月日　　年　　月　　日

交 付 年 月 日　　年　　月　　日

世帯主氏名

住　所

保険者番号

交 付 者 名　　印

(裏　面)

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. 一部負担金の割合を減じている市町村については、表面の「負担割合」欄にその一部負担割合を表示する。

4. 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。

5. 被保険者等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、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)　診療を受けるときに支払う金額は、保険診療の費用(入院時の食事療養に要する費用を除く。)に表面に示す割合を乗じた額であること。

(4)　被保険者の資格を喪失したときには、直ちに被保険者証を市町村に返還すること。また、転出の届出をする際には、被保険者証を添えること。

(5)　被保険者証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、被保険者証を添えて、市町村にその旨を届け出ること。

(6)　有効期限を経過したときは、被保険者証を使用することはできないこと。また、有効期限を経過した被保険者証を使用して保険給付を受けた場合は、保険給付費の返還を求める場合があること。

(7)　検認又は更新のため、市町村に被保険者証の提出を求められたときは、速やかに、市町村に提出すること。

(8)　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。

(9)　特別の事情がないのに保険料(税)を滞納した場合、被保険者証を返還していただくことがあること。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(税)を滞納している場合、被保険者証を返還していただくこと。