様式第三号（第十七条第二項関係）

（表面）

後期高齢者医療被保険者資格証明書

有効期限　　年　　月　　日まで
交付年月日　　年　　月　　日交付

被保険者番号			
被保険者	住　所		
	氏　名		男・女
	生年月日	年　月　日	
保険者	保険者番号並びに保険者の名称及び印		

（裏面）

注意事項

この証で診療を受けるときには、診療費用の全額を支払ってください。

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　この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。

2　必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができること。

3　別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができること。

4　被保険者等に次に掲げる事項を周知すること。

（1）滞納している保険料を納付したときは、被保険者証が交付されること。

（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、被保険者資格証明書を提出すること。

（3）災害等の特別な事情が生じたときや、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の自立支援医療等の公費負担医療を受けることができるに至ったときは、速やかに申し出ること。

（4）被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、後期高齢者医療被保険者資格証明書を市町村に返還すること。また、転出の届出をする際には、後期高齢者医療被保険者資格証明書を添えること。

（5）この証の記載事項に変更があったときは、１４日以内に、後期高齢者医療被保険者資格証明書を添えて、後期高齢者医療広域連合あての届書を、市町村に提出すること。

（6）有効期限を経過したときは、後期高齢者医療被保険者資格証明書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後期高齢者医療被保険者資格証明書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る場合があること。

（7）後期高齢者医療広域連合の検認又は更新のため、後期高齢者医療被保険者資格証明書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）不正に後期高齢者医療被保険者資格証明書を使用した者は、刑法（明治４０年法律第４５号）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。