

(被保険者証:表)

後期高齢者医療被保険者証		有効期限
		令和 7年 7月31日
被保険者番号	21234567	
住所	金沢市幸町12番1号	
氏名	広域 太郎	
生年月日	昭和 5年11月 1日	性別 男
資格取得年月日	平成20年 4月 1日	
発効期日	平成20年 4月 1日	
交付年月日	令和 6年 8月 1日	
一部負担金の割合	X割	
被保険者番号	39172010	
被保険者名	石川県後期高齢者医療広域連合	

(被保険者証:裏)

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・膵臓・小腸・眼球】

署名年月日： 年 月 日

本人署名 (自筆)： _____ 家族署名 (自筆)： _____

(被保険者証一括発行用台紙1枚目:表) (被保険者証一括発行用台紙1枚目:裏)

石川県後期高齢者医療被保険者証
この証は令和6年8月1日から有効です。大切にお使いください

こちらからはがして使用してください。
※裏面の注意事項を必ずお読みください。

後期高齢者医療制度で登録されている
あなたの個人番号下4桁は
「*****1234」です。詳細は別紙をご確認ください。
被保険者氏名: 広域 太郎

個人番号のお知らせ文書を記載

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・膵臓・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):

(被保険者証一括発行用台紙2枚目:表)

石川県後期高齢者医療被保険者証在申
同封の証は令和6年8月1日から有効です。大切にお使いください

宛名等を記載

注意事項
(1) この証は、大切に保管してください。
(2) 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。
(3) 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、石川県後期高齢者医療広域連合あての届書を、市町に提出してください。
(4) 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。
(5) 臓器提供の意思を記入後に意思の変更があった場合は、この証の再交付を受けることができます。

