

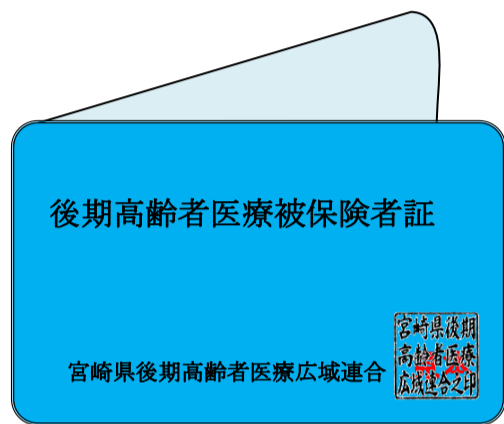
# 後期高齢者医療の被保険者証が切り替わります

平成29年

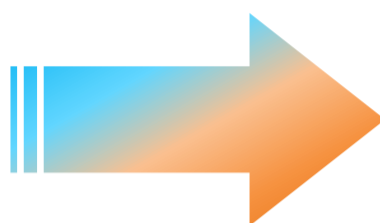
8月1日から

平成29年7月31日まで

平成29年8月1日から



色が替わります



開いたとき（内側）

被保険者番号 ○○○○○○○○  
住所 宮崎県○○○○○○○○○ 有効期限 平成30年7月31日  
氏名 ○○ ○○  
生 年 月 日 昭和○年○月○ 性別 ○  
資格取得年月日 平成○年○月○  
発 効 期 日 平成○年○月○  
交 付 年 月 日 平成○年○月○  
一部負担金の割合 ○割  
保 険 者 番 号 □□□□□□□□

被保険者情報記載欄

※ 以下の欄は臓器提供に関する意思表示する欄として使用できます。該当する1～3の番号を○で囲んで下さい。

- 私は、脳死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。
- 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。
- 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) \_\_\_\_\_

臓器提供意思表示欄



○新しい被保険者証は、**オレンジ色**となります。

○新しい被保険者証の有効期限は、**平成30年7月31日**です。

○新しい被保険者証は、7月下旬までにご本人あてに届きます。

○新しい被保険者証が届きましたら、住所・氏名・生年月日をご確認ください。

○病気やけがで継続して診療機関で診療を受ける方は、毎月はじめに被保険者証を必ず提示しましょう。

**被保険者証は、なくさないよう大切に保管してください。**

お問い合わせは、お住まいの市町村担当窓口か宮崎県後期高齢者医療広域連合へ  
宮崎県後期高齢者医療広域連合 電話 0985-62-0921