**交付年月日からご使用いただく**

**「被保険者証」です。**

差出人・問い合わせ先

高齢者の医療の確保に関する法律第50条第1号および第2号に基づき後期高齢者医療の被保険者となりますのでお知らせします。

　この被保険者証は兵庫県内にお住いの満75歳以上(一定以上の障害があると広域連合が認定した人は満65歳以上)、および満75歳の誕生日を迎えられる人にお送りしています。

＜注意事項＞

１.上の被保険者証をミシン目にそってきりはなしてください。

２.被保険者証は「発効期日」から使用できます。医療機関へかかる場合には、窓口で上の被保険者証を提示するか、マイナンバーカードを提示して電子資格確認を受けてください。

３.医療機関の窓口で支払う自己負担割合は、「一部負担金の割合」に記載しております。

４.この被保険者証は大切に保管してください。

兵庫県後期高齢者医療広域連合

公印

一部負担金

の割合

保険者番号

並びに保険

者の名称及

び印

発効期日

後期高齢者医療被保険者証

資格取得年月日

生年月日

氏　名

住　所

被　保　険　者

被保険者番号

ミシン目にそって、切りはなしてお使いください。

有効期限

交付年月日

　特別の事情がないのに保険料を滞納した場合、この証を返還していただくことがあります。

**注　意　事　項**

１.　この証の交付を受けたときは、大切に保管してください。

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、窓口でこの証を提示するか、マイナンバーカードを提示して電子資格確認を受けてください。

３.　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。

４.　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、保険者(兵庫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。

５.　有効期限内でも、世帯状況の異動や所得の更正により、一部負担金の割合が随時変更されることがあります。その際には、新しい被保険者証を発行しますので、古い被保険者証は市町に返してください。

６.　有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、各自で処分してください。

７.　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。

※　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〇で囲んでください。

備　　考

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・臓・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）：