

年次更新用 被保険者証用紙イメージ図

(表 面)

(裏 面)

		<p>還付詐欺が発生しています！！ 医療費の還付をかたる不審な電話がありましたら、市町までご連絡ください。</p> <p>必ずご確認ください。</p> <p>後期高齢者医療被保険者証(保険証)に関する注意事項</p> <ol style="list-style-type: none">1 この保険証は、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、この保険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、この保険証を添えてください。3 この保険証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この保険証を添えて、保険者(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 不正にこの保険証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。5 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合、この保険証を返還していただくことがあります。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を滞納している場合、この保険証を返還していただきます。
--	--	--

・この図はあくまでもイメージであり、地紋印刷、偽造防止措置、文言、ミシン目を含む仕様詳細は、契約締結後協議する
・被保険者証は(128mm×91mm)の大きさ

年次更新用 被保険者証イメージ図(表)

(表 面)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1	後期高齢者医療被保険者証									
2	有効期限 4 XXX年 2 X月 2 X日 交付年月日 4 XXX年 2 X月 2 X日									
3	被 保 険 者 番 号	8 X X X X X X X X								
4	被 住 所	1 4 X X X X X X X X X X X X X X X X								
5	被 保 険 者 姓 名	1 4 X X X X X X X X X X X X X X X X								
6	被 保 険 者 姓 名	1 0 X X X X X X X X X X								
7	被 保 険 者 姓 名	X X								
8	生年月日	4 X X X 年 2 X 月 2 X 日								
9	資格取得年月日	4 X X X 年 2 X 月 2 X 日								
10	発効期 日	4 X X X 年 2 X 月 2 X 日								
11	一部負担金 の割合	1 5 X X X X X X X X X X X X X X X X X X 1 5 X X X X X X X X X X X X X X X X X X								
12	保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印	3 9 2 2 X X X X					印			
	静岡県後期高齢者医療広域連合									

緑色のラインを施す

地紋印刷：
表面全体に白抜きの小文字で
「SHIZUOKA KOUIKI」と羅列する

偽造防止措置（潜像文字）：
証の表面四隅に「COPY」と入れる

偽造防止措置（マイクロ文字）：
保険者番号欄の枠線を
「SHIZUOKAKOUIKI」にする
※ブランク（空欄）なし

広域連合印

・この図はあくまでもイメージであり、地紋印刷、偽造防止措置を含む仕様詳細は、契約締結後協議する

年次更新用 被保険者証イメージ図(裏)

(裏面)

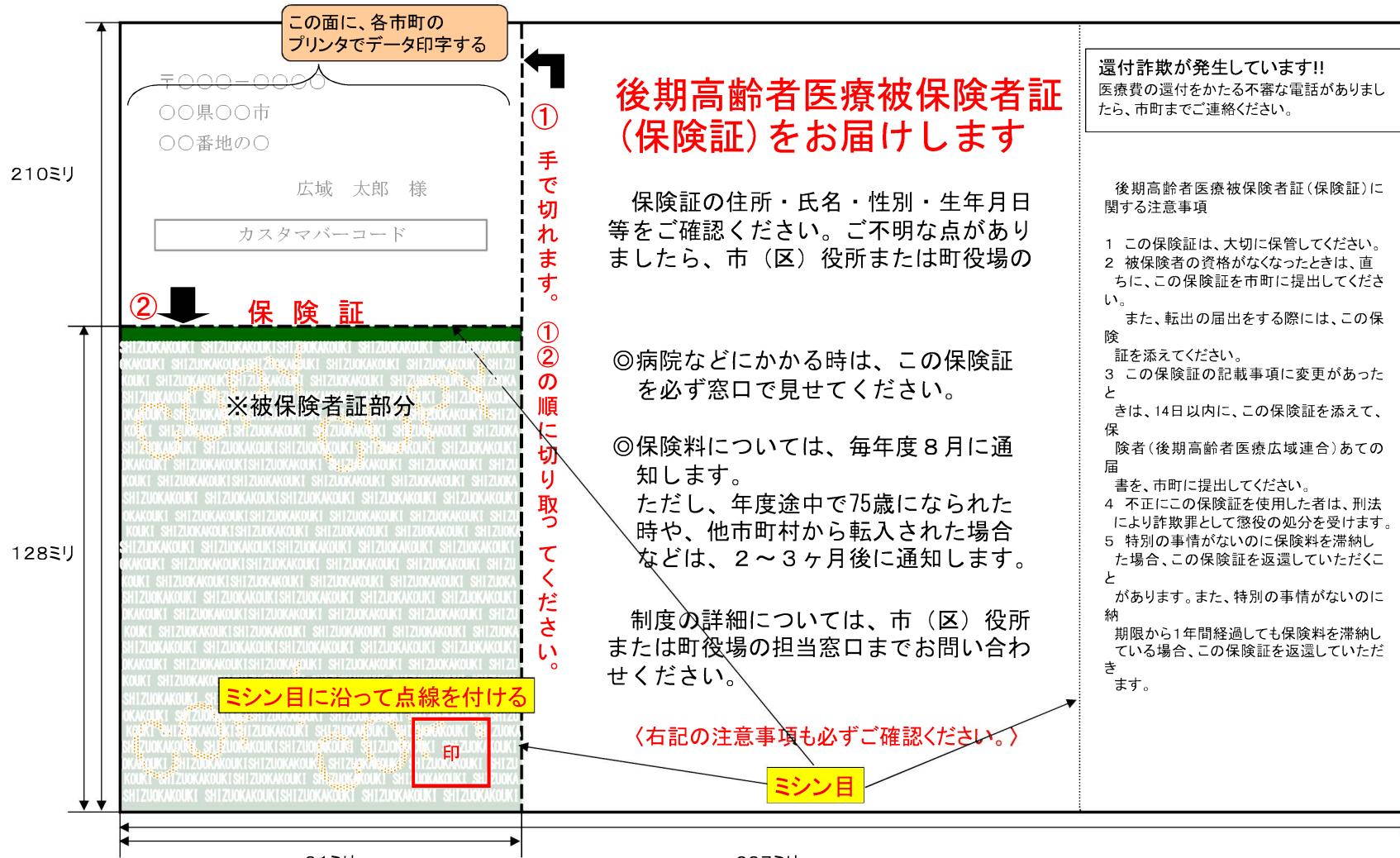
偽造防止措置(マイクロ文字)：枠線を
「SHIZUOKAKOUIKI」にする

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
128ミリ	1	注 意 事 項							
	保険医療機関等において診療を受けようとするときは、必ずこの証をその窓口で渡してください。								
	備考								
	臓器 提 供 意 思 表 示 欄								
	※ 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・脾臓・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)：									

91ミリ

・この図はあくまでもイメージであり、地紋印刷、偽造防止措置を含む仕様詳細は、契約締結後協議する

随时交付用 被保険者証用紙イメージ図



・この図はあくまでもイメージであり、地紋印刷、偽造防止措置、文言、ミシン目を含む仕様詳細は、契約締結後協議する
・用紙はA4(210mm×297mm)の大きさ
・被保険者証は(128mm×91mm)の大きさ

隨時交付用 被保険者証イメージ図

(裏 面)

偽造防止措置（マイクロ文字）：
枠線を「SHIZUOKAKOUIKI」にす
※ブランク（空欄）なし

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	注 意 事 項								
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、必ずこの証をその窓口で渡してください。								
3	備考								
4	臓器提供意表示欄								
5	※ 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までのいづれかの番号を○で囲んでください。								
6	<ol style="list-style-type: none"> 1 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいづれでも、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。 								
7	《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。》								
8	【心臓・肺・肝臓・ 膵臓 ・脾臓・小腸・眼球】								
9	〔特記欄：]								
10	署名年月日： 年 月 日								
11	<u>本人署名（自筆）：</u>								
12	<u>家族署名（自筆）：</u>								

(表 面

緑色のラインを施す

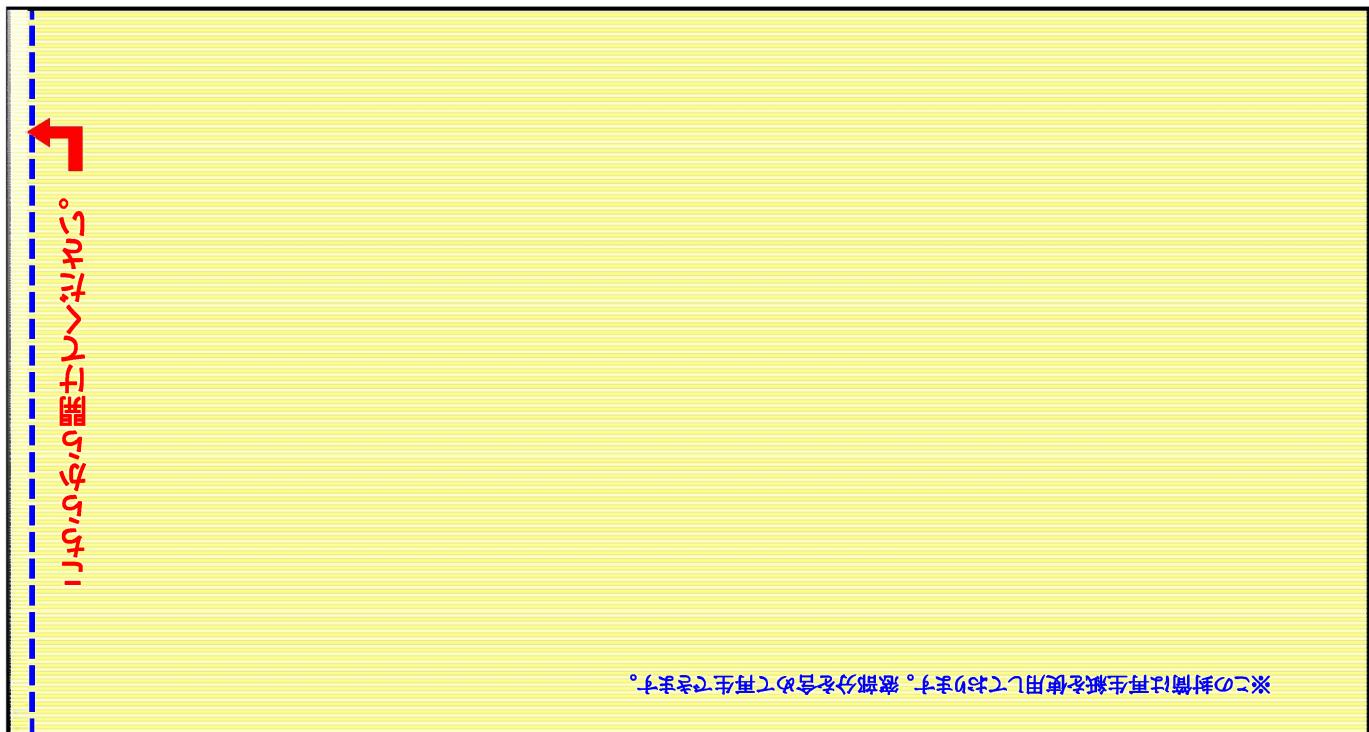
地紋印刷：
表面全体に白抜きの小文字で
「SHIZUOKA KOUIKI」と羅列する

偽造防止措置（潜像文字）：
証の表面四隅に「COPY」と入れる

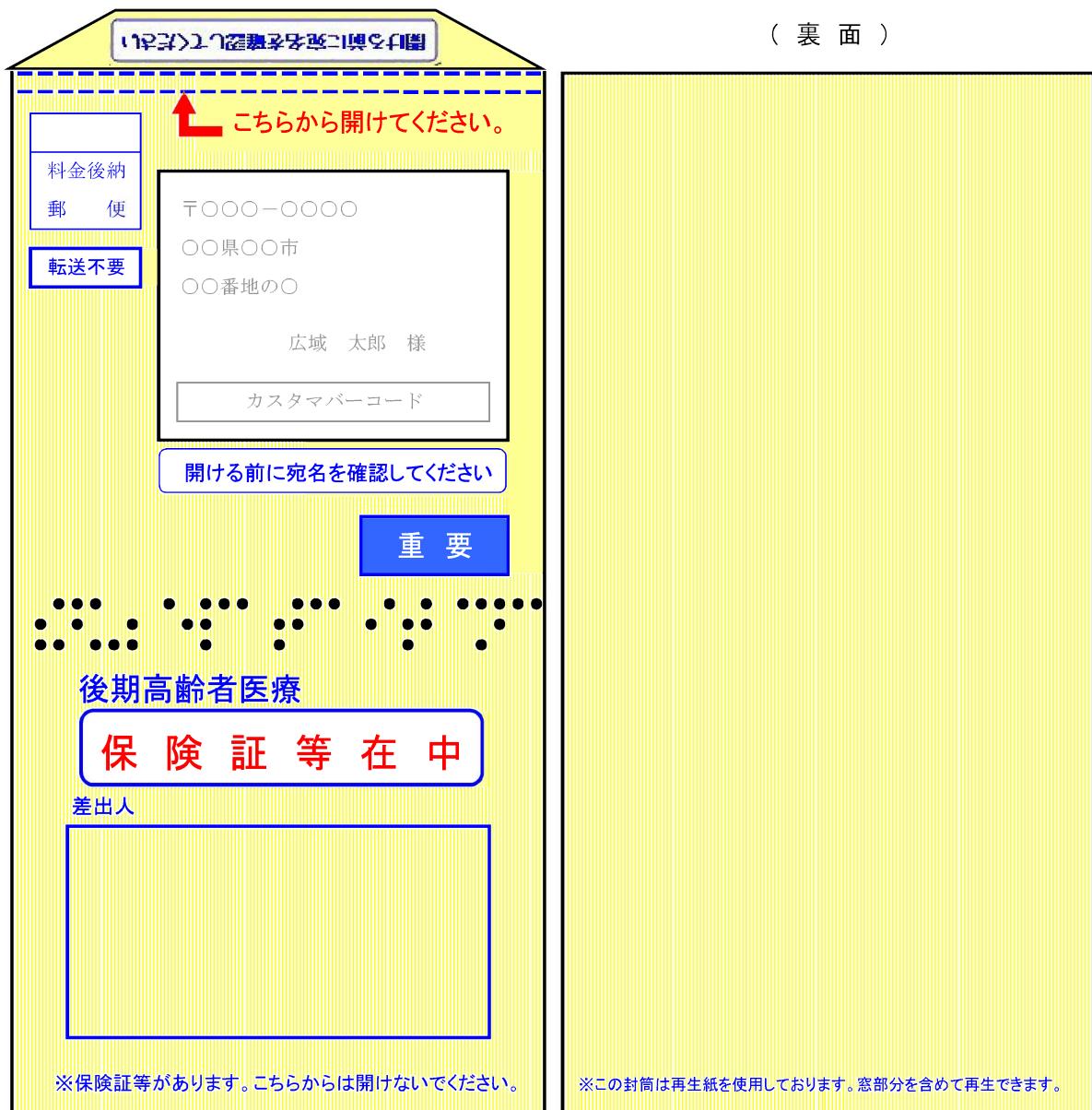
広域連合印

・この図はあくまでもイメージであり、地紋印刷、偽造防止措置を含む仕様詳細は、契約締結後協議する

年次更新用 封筒イメージ図



随时交付用 封筒イメージ図



・この図はあくまでもイメージであり、文言、配色、配置などの仕様詳細は、契約締結後協議する