

(表 面)

**新しい後期高齢者医療
資格確認書をお届けします**

8月1日からご使用ください

〒〇〇〇-〇〇〇〇 区内特別郵便
〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地の〇

広域 太郎 様

カスタマバーコード

資格確認書の住所・氏名・性別・生年月日等
をご
確認ください。ご不明な点がございましたら、
下記のお問い合わせ先にご連絡ください。

※各市町で独自にお知らせする
ことがあれば、印字させる

111-2222
〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地の〇
△△市役所後期高齢者医療課
電話
FAX

今年〇年〇月〇日の情報で作成します

資格確認書は、
8月1日からご使用ください。

8月1日以降は、今までお使いの**緑色の保険
証・資格確認書は有効期限切れ**となり使えなく
なります。
有効期限切れとなった保険証等は、住所・氏
名などが他人に知られないよう十分にご注意に
いただき、破棄してください。健康保険証の廃止に
より、有効期限切れの保険証を使用して後期高
齢者医療費の自己負担額が増加する恐れあり。
(宛名のウラ面の注意事項も必ずご確認ください。)

(裏 面)

必ずご確認ください。還付金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。

資格確認書に関する注意事項

- 1 この資格確認書は、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、この資格確認書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、この資格確認書を添えてください。
- 3 この資格確認書の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この資格確認書を添えて、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 不正にこの資格確認書を使用した者は、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、この資格確認書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、この資格確認書を返還していただけます。

・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 資格確認書イメージ図(表)

(表 面)

		1 2 3 4 5 6 7 8 9						
1		後期高齢者医療資格確認書						
2		有効期限 4 XXX年 2 X月 2 X日						
3		交付年月日 4 XXX年 2 X月 2 X日						
4		被保険者番号 8 X X X X X X X						
3	被 住 所	1 4 X X X X X X X X X X X X						
		1 4 X X X X X X X X X X X X						
4	保 険 者	氏名 1 0 X X X X X X X X					性別	
							X X	
5	生年月日	4 X X X 年 2 X 月 2 X 日						
6	資格取得年月日	4 X X X 年 2 X 月 2 X 日						
7	負 担 割 合 発 効 期 日	X X						
		4 X X X 年 2 X 月 2 X 日						
8	限 度 区 分 発 効 期 日	X X						
		4 X X X 年 2 X 月 2 X 日						
9		長期入院該当日 4 X X X 年 2 X 月 2 X 日						
10	特 定 疾 病 区 分 発 効 期 日	X X						
		4 X X X 年 2 X 月 2 X 日						
11	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	
12		静岡県後期高齢者医療広域連合						
		91ミリ						

128ミリ

オレンジ色のラインを施す

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
※blank（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

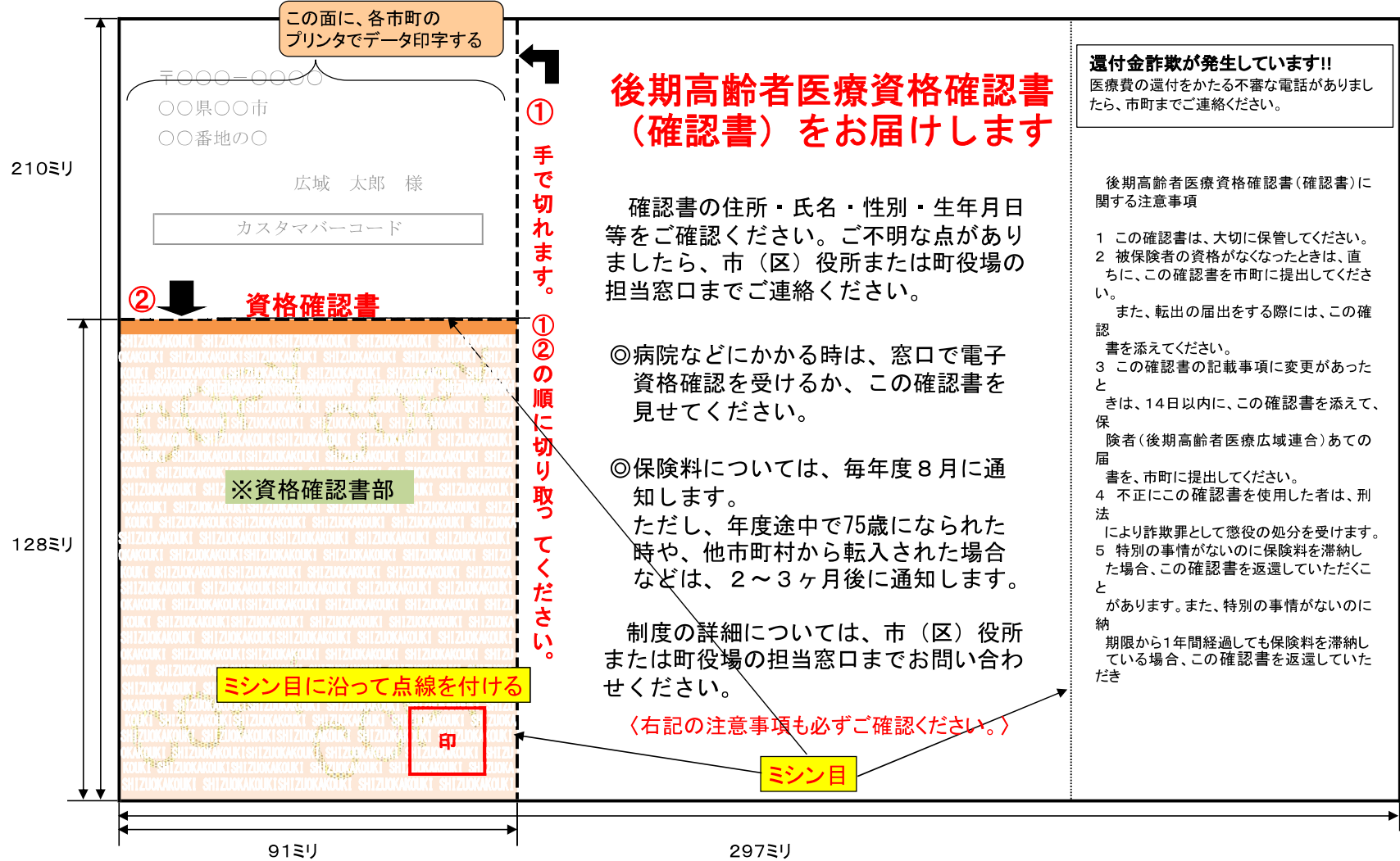
年次更新用 資格確認書イメージ図(裏)

(裏面)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
128ミリ	1	備			考			偽造防止措置(マイクロ文字): 枠線を「SHIZUOKAKOUIKI」にする ※blank(空欄)なし		
	2	[Blank area]								
	3	[Blank area]								
	4	※ 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。								
	5	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。								
	6	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。								
	7	3 私は、臓器を提供しません。								
	8	《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。》								
	9	【心臓・肺・肝臓・腎臓・ ^{じん} 膵臓・ ^{すい} 臓・小腸・眼球】 [特記欄:]								
	10	署名年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日								
	11	本人署名(自筆): _____								
	12	家族署名(自筆): _____								
	91ミリ									

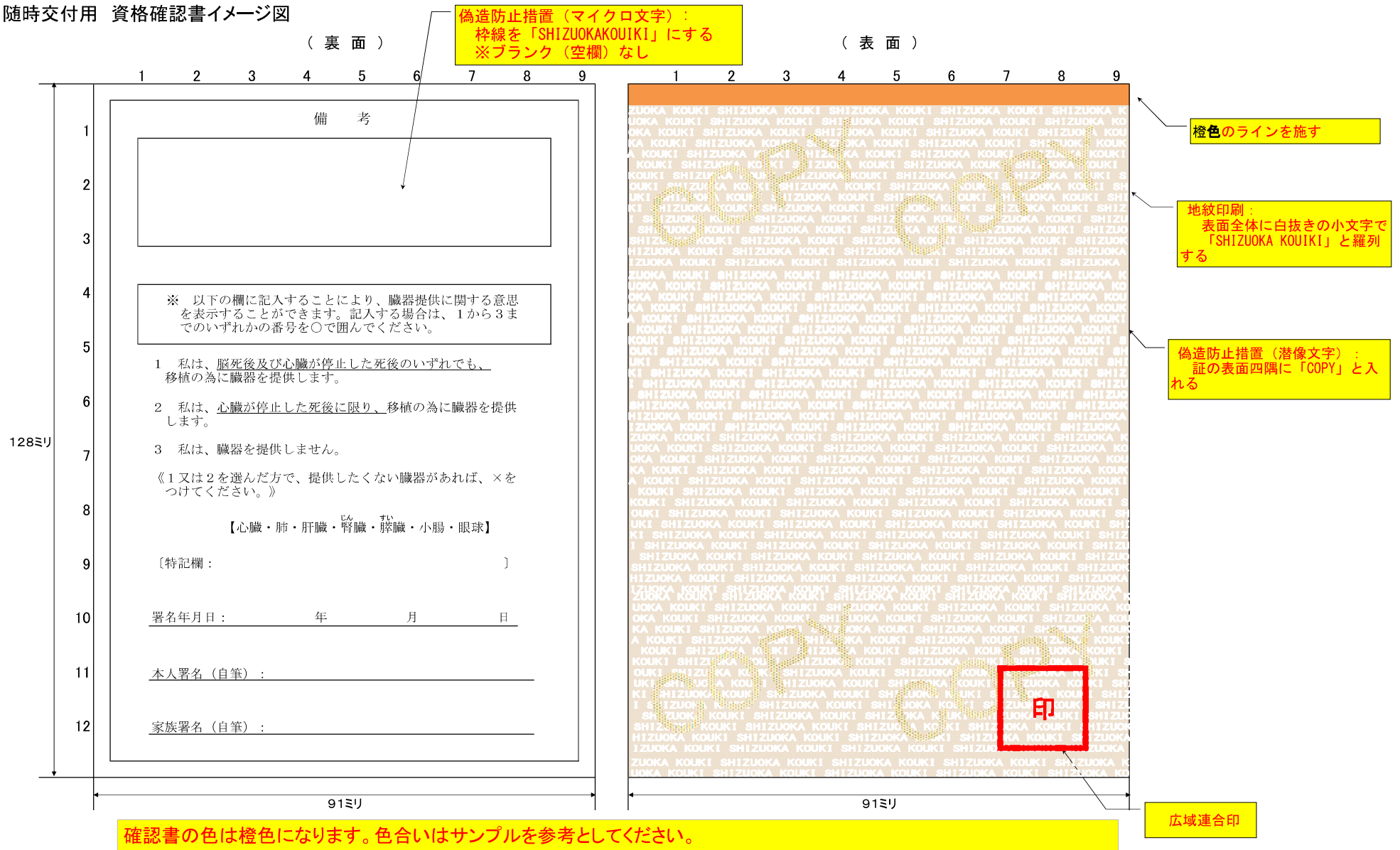
・この図はあくまでもイメージであり、地紋印刷、偽造防止措置を含む仕様詳細は、契約締結後協議する

随時交付用 資格確認書用紙イメージ図



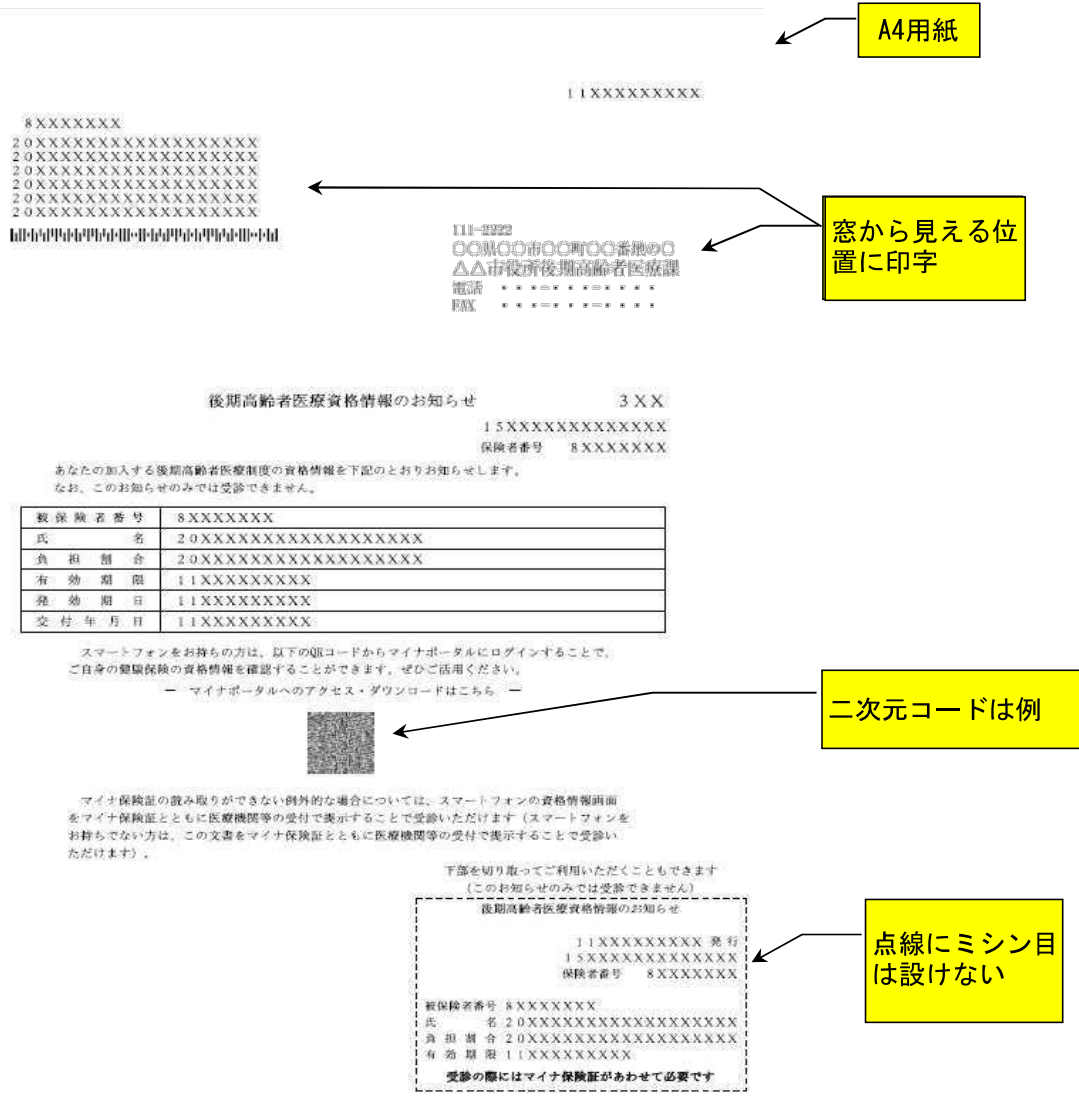
- ・この図はあくまでもイメージであり、地紋印刷、偽造防止措置、文言、ミシン目を含む仕様詳細は、契約締結後協議する
- ・用紙はA4(210mm×297mm)の大きさ
- ・資格確認書は(128mm×91mm)の大きさ

随時交付用 資格確認書イメージ図



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

資格情報のお知らせイメージ図



この図はあくまでもイメージであり、文言等仕様詳細は、契約締結後協議する。

年次用封筒(横)イメージ図



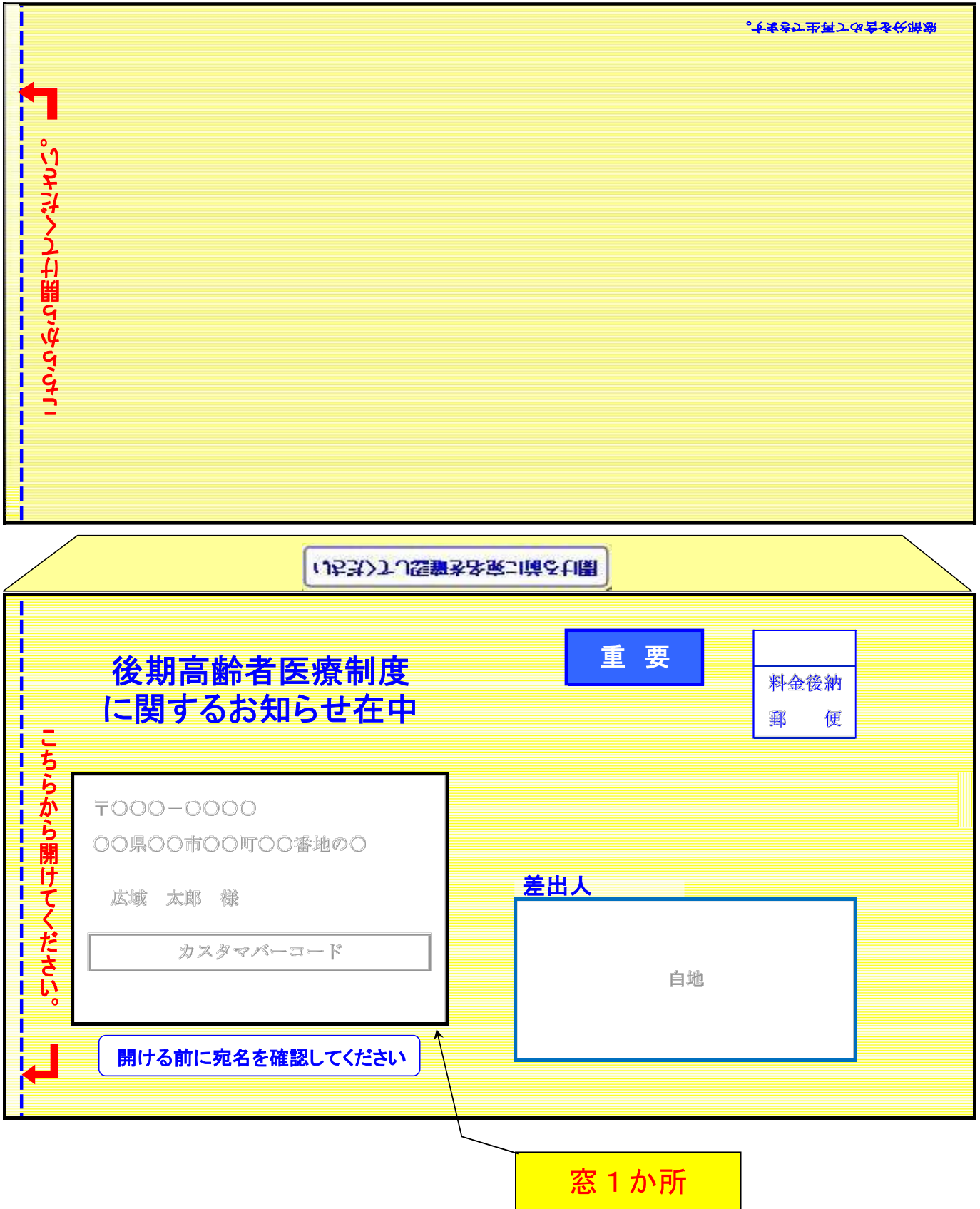
・この図はあくまでもイメージであり、文言、配色、配置などの仕様詳細は、契約締結後協議する

随時資格確認書用封筒(縦)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

随時お知らせ用封筒(横)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