

別紙3
(表面)

滋賀県国民健康保険資格確認書

ここを山折りにしてから資格確認書をはがして使用してください。

滋賀県 国民健康保険 資格確認書	有効期限		
記号	番号	(枝番)	
氏名	性別		
生年月日			
適用開始年月日			
交付年月日			
世帯主氏名			
住所			
保険者番号	2 5 0 0 3 5		
交付者名	長 浜 市		

長浜市印

資格確認書の内容を確認してください。
資格確認書の裏面の注意事項を守り使用してください。

お問い合わせ先 〒526-8501

長浜市八幡東町632番地 長浜市役所
保険年金課 電話 0749-65-6512

有効期限について

- 有効期限は、令和9年7月31日です。
- 令和9年7月31日までに75歳になられる方
有効期限は、誕生日の前日までです。
75歳の誕生日から、後期高齢者医療制度に移行となります。
- 令和9年7月1日までに70歳になられる方
70歳の誕生日の翌月1日(1日生まれの方は誕生月)から、医療機関での自己負担割合を記載した資格確認書に変わります。有効期限までに、市から新しい資格確認書を郵送します。

文言は確定文言ではありません。
校正時に修正がある場合、指示に従ってください。

本仕様における表示は、実寸とは異なるためご注意ください。

注意事項

滋賀県長浜市役所 電話 0749-65-6512

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)：

※臓器提供意思表示欄の記入について
臓器提供の意思を尊重するために、臓器提供意思表示欄を作成しました。
○書面による「提供する」意思表示は、15歳以上が有効です。「提供しない」意思表示は15才未満でも有効です。
○臓器提供を強要するものではありません。記入はあくまでも任意です。本人の意思が不明の場合には、ご家族の承諾で提供が可能です。
臓器移植(臓器提供)に関するお問い合わせ先(公社)日本臓器移植ネットワーク
フリーダイヤル0120-78-1069までお願いします。
(平日のみ 土日祝を除く9:00~17:30)

- (1)資格確認書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、その窓口で電子資格確認を受けるか、資格確認書を提出してください。
- (3)診療を受けるときに支払う金額は、保険診療の費用(入院時の食事療養又は生活療養に要する費用を除く。)の3割です。ただし、義務教育就学前の場合は、2割になります。また、70歳の誕生日の属する月の翌月(誕生日が月の初日である場合はその月)以後の場合は、負担割合欄に示す割合となります。
- (4)被保険者の資格を喪失したときには、直ちに資格確認書を保険者に返還してください。また、転出の届出をする際には、資格確認書を添えてください。
- (5)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、資格確認書を添えて、保険者にその旨を届け出てください。
- (6)有効期限を経過したときは、資格確認書を使用することはできません。また、有効期限を経過した資格確認書を使用して保険給付を受けた場合は、保険給付費の返還を求める場合があります。
- (7)検認又は更新のため、保険者に資格確認書の提出を求められたときは、速やかに、提出してください。
- (8)不正に資格確認書を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分を受けることがあります。
- (9)特別の事情がないのに保険料を滞納した場合、特別療養費の支給に変更する旨の事前通知を送付し、発行済みの資格確認書を返還していただいた上で、特別療養費の支給対象者向けの資格確認書を交付することがあります。

文言は確定文言ではありません。校正時に修正がある場合、指示に従ってください。

本仕様における表示は、実寸とは異なるためご注意ください。