第四条のうち高齢者の医療の確保に関する法律施行規則様式第三号の改正規定中様式第三号を次のように改める。

様式第三号（第十七条第二項関係）

（表面）

後期高齢者医療被保険者資格証明書

交付年月日　　年　　月　　日交付
有効期限　　年　　月　　日まで

被保険者番号			
被保険者	住　所		
	氏　名		男・女
	生年月日	年　　月　　日	
保険者	保険者番号並びに保険者の名称及び印		

（裏面）

注意事項

１　この証で診療を受けるときには、診療費用の全額を支払ってください。

２　保険医療機関等において診療を受けようとするときには、必ずこの証をその窓口で渡してください。

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（じん）・膵臓（すい）・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）：