様式第二号を次のように改める。

様式第二号（第十七条第一項関係）

（表面）

後期高齢者医療被保険者証

有効期限　年　月　日
交付年月日　年　月　日

被保険者番号			
被保険者	住所		
	氏名		男・女
	生年月日	年　月　日	
資格取得年月日		年　月　日	
発効期日		年　月　日	
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			

（裏面）

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）：

備　考
１．この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。
２．必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができること。
３．別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができること。
４．被保険者等に次に掲げる事項を周知すること。
（１）被保険者証の交付を受けたときは、大切に保管すること。
（２）被保険者の資格がなくなったときは、直ちに被保険者証を市町村に提出すること。また、転出の届出をする際には、被保険者証を添えること。
（３）被保険者証の記載事項に変更があったときは、１４日以内に、被保険者証を添えて、後期高齢者医療広域連合あての届書を、市町村に提出すること。
（４）有効期限を経過したときは、被保険者証を使用することができないため、速やかに、市町村に提出して、後期高齢者医療広域連合の検認又は更新を受けること。
（５）特別の事情がないのに保険料を滞納した場合、被保険者証を返還していただくことがあること。
（６）不正に被保険者証を使用した者は、刑法（明治４０年法律第４５号）により詐欺罪としての懲役の処分を受けることがあること。