様式第一号から様式第五号までを次のように改める。

様式第一号（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

被保険者番号
住　所
氏　名　　性　別
生　年　月　日　　年　　月　　日
資格取得年月日　　年　　月　　日
発　効　期　日　　年　　月　　日
交　付　年　月　日　　年　　月　　日
一部負担金の割合

保険者番号　□□□□□□□□

保険者名

印

（裏　面）

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）：

備考　１．プラスチックその他の材料を用い、使用に十分耐えうるものとすること。
２．この証の大きさは、縦54ミリメートル、横86ミリメートルとすること。
３．必要があるときは、横書きの文字を縦書きで表示することその他所要の変更又は調整を加え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）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、被保険者証を提出すること。
（３）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。