様式第一号から様式第三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。
（４）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。
（５）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こと。また、有効期限を経過した被保険者証を使用して後期高齢者医療給付を受けた場合は、後期高齢者医療給付費の返還を求める場合があること。
（６）後期高齢者医療広域連合の検認又は更新のため、被保険者証の提出を求められたときは、速やかに、市町村に提出すること。
（７）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。
（８）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。