備考

１．紙、プラスチックその他の材料を用い、使用に十分耐え得るものとすること。

２．この資格確認書の大きさは、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．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。

５．被保険者等に次に掲げる事項を周知すること。

(1)　滞納している保険料を納付したときは、療養の給付等を受けることが可能な資格確認書が交付されること。

(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、資格確認書を提出すること。

(3)　災害等の特別な事情が生じたときや、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）の自立支援医療等の公費負担医療を受けることができるに至ったときは、速やかに申し出ること。

(4)　被保険者の資格がなくなったときは、直ちに資格確認書を市町村に返還すること。また、転出の届出をする際には、資格確認書を添えること。

(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、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。

(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ないこと。

(7)　後期高齢者医療広域連合の検認又は更新のため、資格確認書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。

(8)　不正に資格確認書を使用した者は、刑法（明治40年法律第45号）により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあること。

様式第四号の二（第五十四条の二第四項関係）

（表　面）

後期高齢者医療資格確認書
（特別療養）

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		性別
	生年月日	年　月　日	
資格取得年月日		年　月　日	
保険者番号並びに保険者の名称及び印			

（裏　面）

注意事項

この資格確認書で診療を受けるときは、診療費用の全額を支払ってください。

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）：