

後期高齢者医療資格確認書

有効期限

交付年月

被保険者番号

被
保
険
者

住 所

氏 名

生年月日

資格取得年月日

負 担 割 合
発 効 期 日限 度 区 分
発 効 期 日

長期入院該当日

特定疾病区分
発 効 期 日保 険 者 番 号
並 び に 保 険 名 印
及 び大阪府後期高齢者医療広域連合
電話:06-4790-2028

印

キ
リ
ト
リ
線

XXX - XXXX

(住所) 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(氏名) 21XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

19XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 様

D-0000-0000-0-00000000-000000000

(差出人) 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXX-XXXX

(住所) 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(電話) 16XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(引受番号) 11XXXXXXXXXXXXX

引受けバーコード

↑ 切り離してご使用ください。

この資格確認書は、令和8年6月××日現在の状況で作成しています。

記載事項をご確認いただき、変更等がある場合や、ご不明な点がございましたら、お手数ですがお問い合わせください。

お問い合わせ先

お住まいの市区町村担当窓口（右に記載）または

大阪府後期高齢者医療広域連合

〒540-0028

大阪市中央区常盤町1丁目3番8号（中央大通FNビル8階）

資格管理課 電話06-4790-2028

給付課 電話06-4790-2031

総務企画課 電話06-4790-2029

FAX番号 06-4790-2030

ホームページアドレス <https://www.kouikirengo-osaka.jp/>

広域連合の業務時間 平日9:00~17:30

二次元
コード

（裏面もお読みください。）

表 面

注 意 事 項

- 1 この証は、大切に保管してください。
- 2 保険医療機関等において診療を受けようとするときは、電子資格確認を受けるか、この証を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）：

後期高齢者医療資格確認書の交付について

現在お持ちの資格確認書の有効期限は令和8年7月31日までとなっておりますので、新しい資格確認書を交付いたします。記載事項について、ご確認ください。
資格確認書の有効期限は、定期判定に合わせ、原則として8月1日から翌年7月31日までの1年間となります。
今までお持ちの資格確認書は、令和8年8月1日以降使用できません。

○ 自己負担割合について

医療機関等での自己負担割合は、一般の方は1割、一定の所得のある方は2割、現役並み所得者は3割となります。

自己負担割合は、毎年8月1日現在の被保険者の属する世帯の状況、当該年度（令和8年4月から7月までは令和7年度、令和8年8月から令和9年3月までは令和8年度）の「住民税が課税される所得額（各種所得控除後の所得額）」及び「年金収入＋その他の合計所得金額」により判定を行います。

このたびの判定により、自己負担割合が変更になっている場合がありますので、ご確認ください。なお、医療機関等の窓口で支払う自己負担割合は、資格確認書オモテ面の「負担割合」に記載されている割合です。また、同封の「定期判定による後期高齢者医療制度資格確認書の更新について」もご一読ください。

-今までお持ちの資格確認書について-

今までお持ちの資格確認書は、お手数ですがご自身で破棄いただくか、お住まいの市区町村担当窓口にお返しください。

-年度途中で自己負担割合や住所などに変更がある方について-

記載事項が変更された資格確認書が届きましたら、それまでお持ちの資格確認書は市区町村の担当窓口へお返しください。

◇ 注意事項

- (1)被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、この資格確認書を市区町村に返還してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- (2)この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、この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、市区町村に提出してください。
- (3)有効期限を経過したときは、この資格確認書を使用することができないため、有効期限を経過した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ります。
- (4)後期高齢者医療広域連合の検認又は更新のため、この資格確認書の提出を求められたときは、速やかに、市区町村に提出してください。
- (5)不正にこの資格確認書を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分を受けます。

特別の事情がなく保険料を滞納した場合、この資格確認書を返還していただくことがあります。

大阪府後期高齢者医療は、府内の全市町村が加入する広域連合が運営主体となり、市区町村と連携して事務を行います。

◇ 基本的な役割分担 ◇

市区町村： 各種申請や届出の窓口業務
保険料の徴収
資格確認書等の引渡しなど

広域連合： 保険料の決定
医療の給付
資格確認書等の交付など

○制度の概要については、同封の「後期高齢者医療制度のしおり」をご覧ください。
また、各種手続きについては、市区町村の担当窓口または広域連合にお問い合わせください。

裏 面