

表 面 ※ 資格確認書台紙下部に作成年月日（別紙３における項番３０を和暦に変換した年月日）を印字すること

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。》 じん すい
【 心臓・肺・肝臓・腎臓・脾臓・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)：

後期高齢者医療資格確認書の交付について

75歳の誕生日を迎えられた方(下記②の対象者含む)は、現在加入されている国民健康保険や会社の健康保険等から、後期高齢者医療の被保険者となりますので、後期高齢者医療資格確認書を交付いたします。

資格確認書には、負担割合や有効期限などが記載されていますので記載事項をご確認ください

後期高齢者医療制度について

○被保険者は、以下の方です。(生活保護受給者は除く)

①75歳以上の方

②65歳から74歳の方で、申請により大阪府後期高齢者医療広域連合が一定の障がいがあると認めた方

③①または②の方で、大阪府以外の一部の福祉施設や病院等に住所を移された方(住所地特例)、または大阪府の国民健康保険の住所地特例を受けていた方で①または②の方

○医療機関等の窓口で支払うご自身の負担割合は、原則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。

○保険料については、被保険者一人ひとり納めていただきます。保険料の計算等につきましては、同封の「後期高齢者医療制度のしおり」をご覧ください。

◇ 資格確認書返還のお願い

後期高齢者医療資格確認書の記載事項の変更により、変更された資格確認書が届いたときや被保険者の資格を喪失したときは、お手数ですが、それまでお持ちの資格確認書をお住まいの市区町村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、この資格確認書を添えてください。

(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資格確認書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られます。

(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。

特別な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。