

平成30年8月1日から

後期高齢者医療 被保険者証が 切り替わります!

被保険者証は折りたたみタイプです。

新しい被保険者証は
緑色です。

後期高齢者医療被保険者証 有効期限 平成31年7月31日
被保険者番号 ○○○○○○○○
住 所 ○○○○○○○○○○○○
氏 名 広 域 太 郎
生 年 月 日 昭 和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 性別 男
資格取得年月日 平 成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
発 効 期 日 平 成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
交 付 年 月 日 平 成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
一部負担金の割合 ○ 割
保 険 者 番 号 ○○○○○○○○
保 険 者 名 大分県後期高齢者医療広域連合 印

注 意 事 項

- 1 保険医療機関等において診療を受けようとするときは、必ずこの被保険者証をその窓口で渡してください。
- 2 被保険者の資格がなくなったときは、直ちにこの被保険者証を市町村に提出してください。また、転出の届出をする際には、この被保険者証を添えてください。
- 3 この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、この被保険者証を添えて、保険者（後期高齢者医療広域連合）あての届書を、市町村に提出してください。
- 4 有効期限を超過したときは、この被保険者証を使用することはできません。また、有効期限内でも、負担割合等記載内容に変更があった場合、新しい被保険者証が交付されますので、それまでお持ちの被保険者証はすみやかに返還してください。
- 5 不正にこの被保険者証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

特別の事情がないのに保険料を滞納した場合、この被保険者証を返還していただくことがあります。

備考



裏面に臓器提供の意思表示ができます。

黄色の被保険者証は平成30年7月31日で有効期限が切れます。

お問い合わせは、大分県後期高齢者医療広域連合 ☎097-534-1771
または、お住まいの市町村の後期高齢者医療担当窓口まで