

# 後期高齢者医療の 被保険者証が 切り替わります

令和4年  
**10月1日**から

旧

令和4年9月30日まで

後期高齢者医療被保険者証

有効期限 令和4年9月30日

被保険者番号 12345678

住 所 宮崎県宮崎市橘通東3丁目1111

氏 名 宮崎 花子 性別 女

生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日 資格取得年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

発効期日 令和〇〇年〇〇月〇〇日 交付年月日 令和4年8月1日

一部負担金の割合 ○割

保険者番号

保険者名 宮崎県後期高齢者医療広域連合

新

後期高齢者医療被保険者証

有効期限 令和5年7月31日

被保険者番号 12345678

住 所 宮崎県宮崎市橘通東3丁目1111

氏 名 宮崎 花子 性別 女

生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日 資格取得年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日

発効期日 令和〇〇年〇月〇日 交付年月日 令和4年10月1日

一部負担金の割合 ○割

保険者番号

保険者名 宮崎県後期高齢者医療広域連合

だいたい色に切り替わります

開いた状態(表側)

<p>後期高齢者医療被保険者証</p> <p>有効期限 令和5年7月31日</p> <p>被保険者番号 12345678</p> <p>住 所 宮崎県宮崎市橘通東3丁目1111</p> <p>氏 名 宮崎 花子 性別 女</p> <p>生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日 資格取得年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>発効期日 令和〇〇年〇月〇日 交付年月日 令和4年10月1日</p> <p>一部負担金の割合 ○割</p> <p>保険者番号 <input type="text" value="3"/><input type="text" value="9"/><input type="text" value="4"/><input type="text" value="5"/><input type="text" value="*"/><input type="text" value="*"/><input type="text" value="*"/><input type="text" value="*"/></p> <p>保険者名 宮崎県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/></p>	<p>医師・薬剤師の皆様へ</p> <p><b>ジェネリック医薬品を 希望します</b></p> <p>※ジェネリック医薬品とは新薬（先発医薬品）と同じ有効成分を使っており、品質、効き目、安全性が同等で低価格なお薬です。</p>
---	--

(裏側)

<p><b>ジェネリック医薬品 希望カード</b></p> <p>※ジェネリック医薬品を希望しない方は、右の破線でこのカードを切り取ってください。</p>	<p>備考：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>私は、脳死及び心臓が停止した死後のみずれでも、移植の為に臓器を提供します。</li> <li>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。</li> <li>私は、臓器を提供しません。</li> </ol> <p>1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけて下さい。【心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球】</p> <p>特記欄： 署名年月日： 年 月 日 本人署名 _____ 家族署名 _____ (自筆) (自筆)</p> <p>左欄は臓器提供に関する意思を表示するために使用できます。該当する1～3の番号を○で囲んで下さい。</p>
---	---

臓器提供意思表示欄

- 制度改正により、10月1日より窓口負担割合3割の方を除いて、一定の所得がある方は、医療費の窓口負担割合が2割になります。
- 9月下旬までにご本人あてに届きます
- 届きましたら、住所・氏名・生年月日をご確認ください
- 病気やけがで継続して診療機関で診療を受ける方は、毎月はじめに被保険者証を必ず提示しましょう

**被保険者証は、なくさないよう大切に保管してください**

お問い合わせは、お住まいの市町村担当窓口か宮崎県後期高齢者医療広域連合へ  
宮崎県後期高齢者医療広域連合 電話 0985-62-0921