

# 国民健康保険被保険者資格証明書

交付年月日 年 月 日交付  
有効期限 年 月 日まで

記号	資-	番号							
(組合員) 世帯主	住所								
	氏名	男・女							
(被保険者) 被扶養者	氏名	男・女							
	生年月日	昭・平 年 月 日							
	資格種別	1. 一般被保険者 2. 退職被保険者 3. 2. の被扶養者							
保 險 者	保険者番号並びに保険者の 名称及び印	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>							

見本

## 注意事項

- この証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。
- 保険医療機関等において診療を受けようとするときは、必ずこの証をその窓口で渡してください。
- 滞納している保険料(税)を納付したときは、被保険者証を交付します。
- 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、速やかに申し出てください。
- 被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を市町村(組合)に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて市町村(組合)にその旨を届け出てください。
- 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんので、速やかに市町村(組合)に提出して、検認又は更新を受けてください。
- 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

見本

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志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。

- 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。
- 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。
- 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・膵臓・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): \_\_\_\_\_