

## レイアウト概要

### 被保険者証台紙(表)

<p>〒123-4567 鳥取県鳥取市何々町一丁目2番3号 ※1</p> <p>広域 太郎 様</p> <p>88888888 ※2 簡易書留用バーコード ※3 もしくはカスタマバーコード</p> <p>簡易書留 ※3 郵便区内特別 ※4</p>	<p>〒689-0714 鳥取県東伯郡湯梨浜町龍島500 鳥取県後期高齢者医療広域連合 電話番号:0858-32-1099</p>	<p>郵便番号・住所 市町村名・課名 (市町村情報) ※5 電話番号</p>
<p>鳥取県後期高齢者医療被 保険者証の交付について</p> <p>後期高齢者医療被保険者証を 交付します。 被保険者証の内容をご確認いた だき、間違いがございましたら、お 住まいの市町村の後期高齢者医 療担当課までご連絡ください。 保険医療機関で受診されるとき は、必ずこの被保険者証をご提示 ください。 ◎被保険者証については、切り取 り線(ミシン目)よりていねいに切り 取ってからご使用ください。 ※裏面もご覧ください。</p>	<p>↓ ミシン目 ↓ ↓ 切り取り線 ↓</p> <p>公印</p> <p>被保険者証 (横向き・詳細別紙4)</p>	

※1 住所表示欄については、被保険者証発行用情報に含まれる宛名郵便番号・宛名住所・宛名氏名を印字するものとする。

※2 被保険者証の印刷順に、通し番号を窓から見える位置に印字する(5桁以上、各市町村ごとに1から)。

※3 市町村が郵送方法で簡易書留を指定している場合、その市町村の全ての被保険者証台紙に、問い合わせ番号のバーコード(問い合わせ番号は、市町村・郵便番号ごとに指定した数値の範囲内で振り付ける。)及び郵便種別を印字する。また、簡易書留を指定していない市町村については、カスタマバーコードを印字する。(別紙6参照)

※4 市町村で区内特別郵便を利用する場合、あらかじめ各市町村ごとに対象となる郵便番号を指定することにより、その郵便番号の送付先の被保険者証台紙に「区内特別」の印字を行う。(別紙6参照)

※5 市町村問い合わせ先欄については、各市町村の住所情報を被保険者発行用情報に含まれる市町村コード別に印字するものとする。(別紙6参照)

(別紙2)

被保険者証台紙(裏)

<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 20%;"></td><td style="text-align: center;">被保険者証裏 (横向き・詳細別紙4)</td></tr></table>		被保険者証裏 (横向き・詳細別紙4)	<p>※現在お手元にある、有効期限が平成26年7月31日の被保険者証については、平成26年8月1日以降は使用できません。</p> <p>※臓器提供意思表示欄の記入については、同封のパンフレット「後期高齢者医療制度のご案内」をご確認ください。</p>
	被保険者証裏 (横向き・詳細別紙4)		

(別紙3)

封筒(表)

<p>住所・バーコード等 (マド)</p>	<p>◎ この保険証は平成26年8月1日 以降に使用してください。</p> <p>◎ これまでにお使いの保険証をお 持ちの方は8月以降にご自身で 破棄してください。</p>	<p>料金後納 郵便</p>
	<p>鳥取県後期高齢者医療広域連合</p> <p>お問い合わせ先</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"><p>市町村役場住所 (マド)</p></div>	<p>重要</p>

封筒(裏)

<p>広域連合からのお知らせ等を掲載 ※内容は別途協議して決定する</p>
---

(別紙4)

被保険者証詳細(表面)

<b>後期高齢者医療被保険者証</b> 有効期限 平成99年 1月 1日 ①	
被保険者番号	99999999 ②
住所	証発行住所(漢字) ③
	④ ⑤
氏名	証発行氏名(漢字) ⑥ ⑦男
生年月日	平成99年 1月 1日 ⑧
資格取得年月日	平成99年 1月 1日 ⑨
発効期日	平成99年 1月 1日 ⑩
交付年月日	平成99年 1月 1日 ⑪
一部負担金の割合	証発行負担区分割合(漢字) 保保保保 ⑫保保 あああああ ⑬
保険者番号並びに保険者の名称及び印	⑭ 000000000000 鳥取県後期高齢者医療広域連合 

被保険者証発行用情報に含まれる情報

番号	名称	備考
①	有効期限年月日	全角11桁
②	被保険者番号	全角8桁
③	証発行住所1	全角15桁
④	証発行住所2	全角15桁
⑤	証発行住所3	全角15桁
⑥	証発行氏名	全角10桁
⑦	性別	全角1桁
⑧	生年月日	全角11桁
⑨	資格取得年月日	全角11桁
⑩	発効期日	全角11桁
⑪	交付年月日	全角11桁
⑫	一部負担金の割合1	全角20桁
⑬	一部負担金の割合2	全角20桁
⑭	保険者番号	全角8桁

被保険者証詳細(裏面)

注意事項 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。
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。
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・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):