

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</p> <p>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</p> <p>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・所在地 □ 市町村名・課名 電話番号 (市町村情報) ※5</p>
> ミシン目 ↓ 切り取り線 ↓		
<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 style="text-align: right;">公印</p> <p style="text-align: center;">被保険者証 (横向き・詳細別紙6)</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10参照)
- ※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10参照)
- ※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10参照)

(別紙2)

被保険者証台紙(裏)

<p>被保険者証裏 (横向き・詳細別紙6)</p>		<p>注意事項</p>
		<p>※現在お手元にある、有効期限が平成27年7月31日の被保険者証については、平成27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、同封のパフレット「後期高齢者医療制度のご案内」の28ページをご確認ください。</p>

被保険者証、限度額適用・標準負担額減額認定証台紙(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</p> <p>簡易書留用バーコード ※3 もしくはカスタムバーコード</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・所在地 市町村名・課名 電話番号 (市町村情報) ※5</p>	

↓ ミシン目 ↓ 切り取り線 ↓

<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>→ 切り取り線 →</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>被保険者証 (横向き・詳細別紙6)</p> <p>公印</p>
<p>限度額適用・標準負担額減 額認定証の交付について</p>	<p>→ 切り取り線 →</p> <p>限度額適用・標準負担額減額 認定証を交付します。 保険医療機関で療養を受ける 場合は、必ず被保険者証ととも にご提示ください。 ◎切り取り線（ミシン目）より ていねいに切り取ってご使用く ださい。 ※裏面もご覧ください。</p> <p>限度額適用・標準負担額減額認定証 (横向き・詳細別紙7)</p> <p>公印</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「被保険者証」の続きから)。
- ※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、カスタムバーコードを印字する。(別紙10参照)
- ※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10参照)
- ※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10参照)

(別紙4)

被保険者証、限度額適用・標準負担額減額認定証台紙(裏)

	<table border="1"><tr><td data-bbox="210 831 924 1274"><p>被保険者証裏 (横向き・詳細別紙6)</p></td><td data-bbox="858 1003 890 1111" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">注意事項</td></tr></table>	<p>被保険者証裏 (横向き・詳細別紙6)</p>	注意事項	<p>※現在お手元にある、有効期限が平成27年7月31日の被保険者証については、平成27年8月1日以降は使用できません。</p>
<p>被保険者証裏 (横向き・詳細別紙6)</p>	注意事項			
	<table border="1"><tr><td data-bbox="210 1323 924 1767"><p>限度額適用・標準負担額減額認定証 (横向き・詳細別紙7)</p></td><td data-bbox="858 1491 890 1599" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">注意事項</td></tr></table>	<p>限度額適用・標準負担額減額認定証 (横向き・詳細別紙7)</p>	注意事項	<p>※現在お手元にある、有効期限が平成27年7月31日の限度額適用・標準負担額減額認定証については、平成27年8月1日以降は使用できません。</p>
<p>限度額適用・標準負担額減額認定証 (横向き・詳細別紙7)</p>	注意事項			

※臓器提供意思表示欄の記入については、同封のパフレット「後期高齢者医療制度のご案内」の28ページをご確認ください。

※入院時食事代の標準負担額、医療費の自己負担額については、同封のパフレット「後期高齢者医療制度のご案内」の9～10ページをご確認ください。

※「区分Ⅱ」の方の長期入院該当については、あらためて申請が必要ですので市町村窓口にお問い合わせください。

封筒(表)

<p>住所・バーコード等 (マド)</p>	<p>◎この保険証は平成27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>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"><p>重要</p></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;"><p>被保険者証在中</p></div>

封筒(裏)

<p>ご自身の健康管理のために、年に一度は健診(検診)を受けましょう!</p>
<p>「鳥取県健康づくり推進大会」のお知らせを掲載 ※内容は別途協議して決定する。</p>

被保険者証詳細(表面)

後期高齢者医療被保険者証	
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 00000 00000 鳥取県後期高齢者医療広域連合 鳥取県後期高齢者医療広域連合の印

被保険者証発行用情報に含まれる情報

番号	名称	印字桁数
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):

限度額適用・標準負担額減額認定証(表面)

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証	
交付年月日 11XXXXXXXXXX①	
被保険者番号	8XXXXXXXXX②
被 保 険 者	住所 15XXXXXXXXXXXXXXXXX③
	住所 15XXXXXXXXXXXXXXXXX④
	住所 15XXXXXXXXXXXXXXXXX
氏名	10XXXXXXXXXX⑥ 1⑦
生年月日	11XXXXXXXXXX⑧
発効期日	11XXXXXXXXXX⑨
有効期限	11XXXXXXXXXX⑩
適用区分	18XXXXXXXXXXXXXXXXX⑪ 18XXXXXXXXXXXXXXXXX
長期入院 該当年月日	保険 者印
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印	8 X X X X X X X X⑬ 鳥取県後期高齢者医療 広域連合 鳥取県後 期高齢者 医療広域 連合之印

限度額適用・標準負担額減額認定証発行用情報に含まれる情報

番号	名称	印字桁数
①	交付年月日	全角11桁
②	被保険者番号	全角8桁
③	被保険者住所1	全角15桁
④	被保険者住所2	全角15桁
⑤	被保険者住所3	全角15桁
⑥	被保険者氏名	全角10桁
⑦	被保険者性別	全角1桁
⑧	被保険者生年月日	全角11桁
⑨	発行期日	全角11桁
⑩	有効期限	全角11桁
⑪	適用区分1	全角18桁
⑫	適用区分2	全角18桁
⑬	保険者番号	全角8桁

限度額適用・標準負担額減額認定証(裏面)

注 意 事 項
<p>1. この証によって療養を受ける場合は、次のとおり一部負担金限度額の適用及び食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額の減額が行われます。</p> <p>(1) 療養を受ける際に支払う一部負担金の額は、医療機関等ごとに1か月につき、別に定められた額を限度とします。</p> <p>(2) 入院の際に食事療養を受ける場合に支払う食事療養標準負担額又は生活療養を受ける場合に支払う生活療養標準負担額は、別に厚生労働大臣が定める減額された額となります。</p> <p>2. 療養を受けるときは、被保険者証とともに必ずこの証をその窓口で渡してください。</p> <p>3. 被保険者の資格がなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき、又はこの証の有効期限に至ったときには、直ちにこの証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。</p> <p>4. 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、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。</p> <p>5. 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。</p> <p>備 考</p>