

# 後期高齢者医療の 被保険者証が 切り替わります

令和3年  
8月1日  
から

旧

令和3年7月31日まで

後期高齢者医療被保険者証

有効期限 令和3年7月31日

被保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8

住 所 宮崎県宮崎市橋通東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2年8月1日

一部負担金の割合 ○割

保険者番号 3 9 4 5 \* \* \* \*

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4年7月31日

被保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8

住 所 宮崎県宮崎市橋通東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3年8月1日

一部負担金の割合 ○割

保険者番号 3 9 4 5 \* \* \* \*

保険者名 宮崎県後期高齢者医療広域連合

緑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4年7月31日</p> <p>被保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8</p> <p>住 所 宮崎県宮崎市橋通東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 令和〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>発効期日 令和〇〇年〇〇月〇〇日 交付年月日 令和3年8月1日</p> <p>一部負担金の割合 ○割</p> <p>保険者番号 3 9 4 5 * * * *</p> <p>保険者名 宮崎県後期高齢者医療広域連合</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>宮崎県後期高齢者医療広域連合</p> <p>後期高齢者医療被保険者証</p> <p>※このカードの裏はジェネリック医薬品希望カードになっています。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。 ※このカードを切り取っても、右のカードだけで被保険者証として使用できます。</p>	<p>備考：</p> <p>1 私は、脳死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。</p> <p>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。</p> <p>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 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>
---	---

臓器提供意思表示欄

○被保険者証には「ジェネリック医薬品希望カード」が付いています。  
希望される方は、切り離さず折り曲げてご使用いただくと便利です。  
(希望されない方は、切り取って被保険者証だけを提示してください。)

○7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