

後期高齢者医療資格確認書

有効期限
交付年月

被保険者番号

被
保
険
者

住 所

氏 名

生年月日

資格取得年月日

負 担 割 合
発 行 期 日

限 度 区 分
発 行 期 日

長期入院該当日

特定疾病区分
発 行 期 日

保 険 者 番 号
並 び に 保 険 名
者 の 氏 名
及 び 印

大阪府後期高齢者医療広域連合
電話:06-4790-2028

印

XXX-XXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

18XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 様

キ
リ
ト
リ
線

大阪府後期高齢者医療広域連合

↑ 切り離してご使用ください。

記載事項をご確認いただき、変更等がある場合
や、ご不明な点がございましたら、お手数ですがお
問い合わせく
ださい。

お問い合わせ先

お住まいの市区町村担当窓口（右に記載）または

大阪府後期高齢者医療広域連合

〒540-0028

大阪市中央区常盤町1丁目3番8号（中央大通FNビル8階）

資格管理課 電話06-4790-2028

給付課 電話06-4790-2031

総務企画課 電話06-4790-2029

FAX番号 06-4790-2030

ホームページアドレス <https://www.kouikirengo-osaka.jp/>

広域連合の業務時間 平日9:00~17:30

QR
コード

（裏面もお読みください。）

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXX-XXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

16XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

後期高齢者医療資格確認書の交付について

後期高齢者医療資格確認書を交付いたします。記載事項について、ご確認ください。

後期高齢者医療制度の被保険者となる方、被保険者証や資格確認書の記載事項(負担割合や住所等)が変更となる方等に交付しています。

負担割合等が変更になった被保険者の方が、変更前の被保険者証や資格確認書をご使用されますと、後日、負担割合の差額分等をお支払いいただく場合があります。

後期高齢者医療制度について

○被保険者は、以下の方です。(生活保護受給者は除く)

- ①75歳以上の方
- ②65歳から74歳の方で、申請により大阪府後期高齢者医療広域連合が一定の障害があると認めた方
- ③①または②の方で、大阪府以外の一部の福祉施設や病院等に住所を移された方(住所地特例)、または大阪府の国民健康保険の住所地特例を受けていた方で、①または②の方
- 医療機関等の窓口で支払うご自身の負担割合は、原則資格確認書オモテ面の「負担割合」に記載されている割合です。
- 保険料については、被保険者一人ひとり納めていただきます。保険料の計算等につきましては、「後期高齢者医療制度のしおり」をご覧ください。

◇ 資格確認書返還のお願い

被保険者証や資格確認書の記載事項の変更により、変更された資格確認書が届いたときや被保険者の資格を喪失したときは、お手数ですが、それまでお持ちの被保険者証や資格確認書をお住まいの市区町村担当窓口へお返しください。

◇ 注意事項

- (1)被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、この資格確認書を市区町村に返還してください。また、転出の届出をする際には、この資格確認書を添えてください。
- (2)この資格確認書の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この資格確認書を添えて、後期高齢者医療広域連合あての届書を、市区町村に提出してください。
- (3)有効期限を超過したときは、この資格確認書を使用することができないため、有効期限を超過した資格確認書を使用して後期高齢者医療給付を受けた場合は、後期高齢者医療給付費の返還を求められる場合があります。
- (4)後期高齢者医療広域連合の検認又は更新のため、この資格確認書の提出を求められたときは、速やかに、市区町村に提出してください。
- (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。

特別な事情がなく保険料を滞納した場合、この資格確認書を返還していただくことがあります。

注 意 事 項

- 1 この資格確認書は、大切に保管してください。
- 2 保険医療機関等において診療を受けようとするときは、電子資格確認を受けるか、この資格確認書を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・^{じん}膵臓・^{すい}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)： _____

大阪府後期高齢者医療は、府内の全市町村が加入する広域連合が運営主体となり、市区町村と連携して事務を行います。

◇ 基本的な役割分担 ◇

市区町村 ： 各種申請や届出の窓口業務
保険料の徴収
資格確認書等の引渡しなど

広域連合 ： 保険料の決定
医療の給付
資格確認書等の交付など

- 制度の概要については、「後期高齢者医療制度のしおり」をご覧ください。
- また、各種手続きについては、市区町村の担当窓口または広域連合にお問い合わせください。