様式第九号(9)(第四十七条関係)

(表　面)

健　康　保　険
資　格　確　認　書　　家族(被扶養者)

年　月　日　交付

記　号　　番　号　　(枝番)

氏　名

性　別

生　年　月　日　　年　月　日

認　定　年　月　日　　年　月　日

被　保　険　者　氏　名

一部負担金の割合・発効年月日　　割　　年　月　日

有　効　期　限　　年　月　日

保険者番号

保険者名称

印

(裏　面)

住　所	
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)：

備考　1. 書面による場合は、紙、プラスチックその他の材料を用い、使用に十分耐え得るものとする。

2. 大きさは、縦54ミリメートル、横86ミリメートルとする。電磁的方法により提供する場合はこの比率によるものとする。

3. 別途、高齢受給者証を交付する取扱いとする保険者については、「一部負担金の割合・発効年月日」欄は省略することができる。

4. 必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができる。

5. 被保険者等に次に掲げる事項を周知するものとする。

(1)　資格確認書の交付を受けたときは、直ちに住所欄に住所を自署して大切に保管すること。

(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、その窓口で電子資格確認を受けるか、資格確認書を(別途、高齢受給者証を交付する取扱いとする保険者については、資格確認書に高齢受給者証を添えて)提出又は提示すること。

(3)　電磁的方法により提供された資格確認書については、紙に出力して用いることはできないこと。

(4)　診療を受けるときに支払う金額は、義務教育就学前(6歳の誕生日の前日以後の最初の3月31日まで)の場合は、保険診療の費用(入院時の食事療養に要する費用を除く。)の2割であること。また、70歳の誕生日の属する月の翌月(誕生日が月の初日である場合はその月)以後の場合は、「一部負担金の割合・発効年月日」欄(別途、高齢受給者証を交付する取扱いとする保険者については、高齢受給者証)に示す割合であること。

(5)　被保険者の資格を喪失したとき又はその被扶養者でなくなったときは、5日以内に資格確認書を事業主に提出すること。ただし、任意継続被保険者又は特例退職被保険者の場合は、保険者に返納すること。

(6)　資格確認書の記載事項に変更があったときは、直ちに事業主を経由して保険者に提出して訂正を受けること。ただし、任意継続被保険者又は特例退職被保険者の場合は事業主を経由することを要しないこと。

(7)　有効期限を経過したときは、資格確認書を使用することはできないこと。また、有効期限を経過した資格確認書を使用して保険給付を受けた場合は、保険給付費の返還を求める場合があること。

(8)　不正に資格確認書を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分を受けることがあること。