様式第一号の六の五(第六条関係)

(表　面)

都 道 府 県　　有効期限　　年　　月　　日

国 民 健 康 保 険

資 格 確 認 書 (特 別 療 養)

記　号　　番　号　　(枝番)

氏　名　　性　別

生　年　月　日　　年　月　日

適 用 開 始 年 月 日　　年　月　日

交 付 年 月 日　　年　月　日

世帯主氏名

住　所

保険者番号

交 付 者 名　　印

(裏　面)

注意事項

この書面で診療を受けるときは、診療費用の全額を支払ってください。

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)：

備考　1．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。

3．必要があるときは、横書きの文字を縦書きで表示することその他所要の変更又は調整を加えることができる。

4．被保険者等に次に掲げる事項を周知するものとする。

(1)　滞納している保険料(税)を納付したときは、療養の給付等を受けることが可能な資格確認書が交付されること。

(2)　災害等の特別な事情が生じたときや、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の自立支援医療等の公費負担医療を受けることができるに至ったときは、速やかに申し出ること。

(3)　被保険者の資格を喪失したときは、直ちに、資格確認書を市町村に返還すること。また、転出の届出をする際には、資格確認書を添えること。

(4)　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、資格確認書を添えて、市町村にその旨を届け出ること。

(5)　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。

(6)　検認又は更新のため、市町村に資格確認書の提出を求められたときは、速やかに、市町村に提出すること。

(7)　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。

(8)　保険医療機関等において診療を受けようとするときは、その窓口で電子的確認を受けるか、この書面を提出すること。