

秋田県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成29年7月10日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 穂 積 志

秋田県後期高齢者医療広域連合規則第5号

秋田県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する規則の一部  
を改正する規則

秋田県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する規則（平成20年  
秋田県後期高齢者医療広域連合規則第2号）の一部を次のように改正する。

様式第6号中「



|              |      |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------|------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 後期高齢者医療被保険者証 | 有効期限 | 年   | 月 | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者番号       |      |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所           |      |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名           | 性別   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日         |      | 年   | 月 | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 資格取得年月日      |      | 年   | 月 | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 発効期日         |      | 年   | 月 | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 交付年月日        |      | 年   | 月 | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 一部負担金の割合     |      |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保険者番号        |      | <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|              |      |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保険者名         |      |   |   | 印 |  |  |  |  |  |  |  |  |

(裏面)

注意事項 保険医療機関等につ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。

※ 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。

- 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれかでも、移植のために臓器を提供します。
- 私は、心臓が停止した死後に限り、移植のために臓器を提供します。
- 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・<sup>じん</sup>膵臓・<sup>すい</sup>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 大きさは、縦54ミリメートル、横86ミリメートルとする。

」に改める。

附 則

この規則は、平成29年8月1日から施行する。