

～ 医療機関の皆様へ ～

1. 後期高齢者医療の資格について

● 被保険者となる方

埼玉県内に住所を有する次の方が被保険者となります。

1. 75歳以上の方
2. 65歳以上75歳未満の方で、一定の障がいがあると広域連合の認定を受けた方

● 資格の取得（被保険者となる時）

1. 75歳になったとき（75歳の誕生日当日から）
2. 75歳以上の方が、埼玉県外から転入したとき（転入した日から）
3. 65歳以上75歳未満の方で、一定の障がいがあると広域連合に認定されたとき（認定日から）
4. 適用除外要件に該当しなくなったとき（生活保護の廃止日等から）

※ 被保険者証には資格の効力の発した日を示す「発効期日」を記載してあります。

● 資格の喪失（被保険者でなくなる時）

1. 埼玉県外へ転出したとき
2. 死亡したとき
3. 65歳以上75歳未満の方が、一定の障がいの状態に該当しなくなったとき又は本人から障がいの認定に係る申請を取り下げの旨の申し出があったとき
4. 適用除外要件に該当したとき（生活保護の開始等）

注意

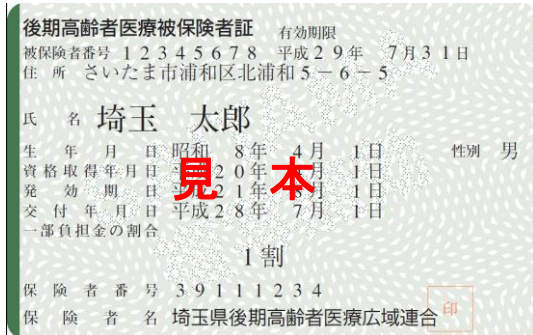
これまで加入していた国民健康保険又は被用者保険の被保険者証は資格取得日から使えなくなります。

注意

被保険者が月の途中で県内市区町村間で転居した場合は、保険者番号が変更になるため診療報酬明細書（レセプト）の作成が複数になることがあります。

2. 被保険者証について

医療機関受診の際には「後期高齢者医療被保険者証」での資格確認をお願いします。



後期高齢者医療特定疾病療養受療証		交付年月日	
認定疾病名	見本		
被保険者番号	見本		
住所	見本		
氏名	見本		
生年月日	見本		
発効期日	見本		
保険者番号並びに保険者の名称及び印	39	埼玉県後期	高齢
後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証		交付年月日	
被保険者番号	見本		
住所	見本		
氏名	見本		
生年月日	見本		
発効期日	見本		
有効期限	見本		
適用区分	見本		
長期入院該当年月日	保険者印	<input type="checkbox"/>	
保険者番号並びに保険者の名称及び印	3911XXXX	埼玉県後期高齢者医療広域連合	

※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**のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。
- 私は、**心臓が停止した死後**に限り、移植の為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・脾臓・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)： _____

【 被保険者番号 】

8桁の番号です。被保険者証で必ず確認をお願いします。

【 保険者番号 】

市区町村ごとに保険者番号が設定されます。

法別番号		都道府県番号		市町村番号			検証番号
3	9	1	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【 限度額適用・標準負担額減額認定証・特定疾病療養受療証 】

これまで加入していた国民健康保険又は被用者保険と取扱いは変わりませんが、被保険者番号の確認をお願いします。

問い合わせ先

埼玉県後期高齢者医療広域連合

〒330-0074 埼玉県さいたま市浦和区北浦和5-6-5 埼玉県浦和合同庁舎4階

TEL 048-833-3222 (代表)