

8月から保険証(被保険者証)が新しくなります。

【保険証について】

現在お持ちの保険証(**オリーブ色**)は有効期限が7月31日までです。

8月1日から使用できる保険証はお住まいの市町から郵送されますので、お手元に届き次第、内容に間違いがないか確認してください。

なお、今年の保険証は、 **薄桃色** です。

※有効期限の切れた保険証については、8月1日以降、ご自身で破棄していただくか、お住まいの市町窓口に戻却してください。

[<参照:保険証\(新旧比較\)>](#)

【臓器移植の意思表示欄について】

保険証の裏面に臓器移植の意思表示欄があります。臓器提供について、ご自分の意思を記入することができます。この意思表示欄への記入は強制ではありません。

また、意思表示欄を第三者に見られないようにするための保護シールを作成しております。必要な方はお住まいの市町窓口を設置しておりますので、ご利用ください。

[<参照:臓器移植の意思表示欄>](#)

保険証(新旧比較)

平成29年度保険証(オリーブ色)
(有効期限:平成30年7月31日)

平成30年度保険証(薄桃色)
(有効期限:平成31年7月31日)

後期高齢者医療
被保険者証

有効期限 平成〇〇年 7月31日
被保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8

住所 愛媛県松山市北条辻6番地

氏名 □□ □□

生年月日 〇〇年 〇〇月 〇〇日 性別 ○

資格取得年月日 〇〇年 〇〇月 〇〇日

発効期日 〇〇年 〇〇月 〇〇日 **みほん**

交付年月日 〇〇年 〇〇月 〇〇日

一部負担金の割合 ○割

保険者番号・名称 ○○○○○○ 愛媛県後期高齢者医療広域連合 **印**



後期高齢者医療
被保険者証

有効期限 平成〇〇年 7月31日
被保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8

住所 愛媛県松山市北条辻6番地

氏名 □□ □□

生年月日 〇〇年 〇〇月 〇〇日 性別 ○

資格取得年月日 〇〇年 〇〇月 〇〇日

発効期日 〇〇年 〇〇月 〇〇日 **みほん**

交付年月日 〇〇年 〇〇月 〇〇日

一部負担金の割合 ○割

保険者番号・名称 ○○○○○○ 愛媛県後期高齢者医療広域連合 **印**

旧保険証

新保険証

※お使いのPC環境によっては色調が正確に表示できていない場合があります。
※保険証のサイズは実物大ではありません。

