

8月から被保険者証が新しくなります。

【被保険者証について】

現在お持ちの被保険者証(**薄桃色**)は有効期限が7月31日までです。

8月1日から使用できる被保険者証**及び個人番号下4桁のお知らせ**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、今年の被保険者証は、(**青色**)です。

※有効期限の切れた被保険者証については、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へ返却してください。

※令和6年12月2日までに交付される被保険者証は、令和7年7月31日までご使用いただけます。

[<参照:被保険者証\(新旧比較\)>](#)

【臓器移植の意思表示欄について】

被保険者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同封しておりますので、ご利用ください。

[<参照:臓器移植の意思表示欄>](#)

被保険証(新旧比較)

令和5年度被保険者証(薄桃色)
(有効期限:令和6年7月31日)

令和6年度被保険者証(青色)
(有効期限:令和7年7月31日)

後期高齢者医療 有効期限 令和6年7月31日
被保険者証 被保険者番号 ○○○○○○○○

住所 愛媛県○○○○○○○○○
氏名 □□ □□
生年月日 ○○年○○月○○日 性別 ○
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 **みほん**
一部負担金の割合 ○割 **印**

保険者番号・名称 ○○○○○○ 愛媛県後期高齢者医療広域連合



後期高齢者医療 有効期限 令和7年7月31日
被保険者証 被保険者番号 ○○○○○○○○

住所 愛媛県○○○○○○○○○
氏名 □□ □□
生年月日 ○○年○○月○○日 性別 ○
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 **みほん**
一部負担金の割合 ○割 **印**

保険者番号・名称 ○○○○○○ 愛媛県後期高齢者医療広域連合

旧被保険者証

新被保険者証

※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。
※被保険者証のサイズは実物大ではありません。

臓器移植の意思表示欄

↓※被保険者証裏面のイメージです↓

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表示を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・膵臓・小腸・眼球】
〔特記欄： 〕

署名年月日： 年 月 日

本人署名（白筆）： 家族署名（白筆）：

1～3を丸で囲み、署名及び署名した日付を記入してください。（自筆でお願いします）

保護シール

保護シールを上記点線部の場所に貼ってください。