

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にて備えておりますので、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)

令和2年度保険証(オリーブ色)
(有効期限:令和3年7月31日)

後期高齢者医療 有効期限 令和 3年 7月31日
被保険者証 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 ○○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
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

みほん 印

旧保険証

令和3年度保険証(薄桃色)
(有効期限:令和4年7月31日)

後期高齢者医療 有効期限 令和 4年 7月31日
被保険者証 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 ○○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
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

みほん 印

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。

臓器移植の意思表示欄

↓※保険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。