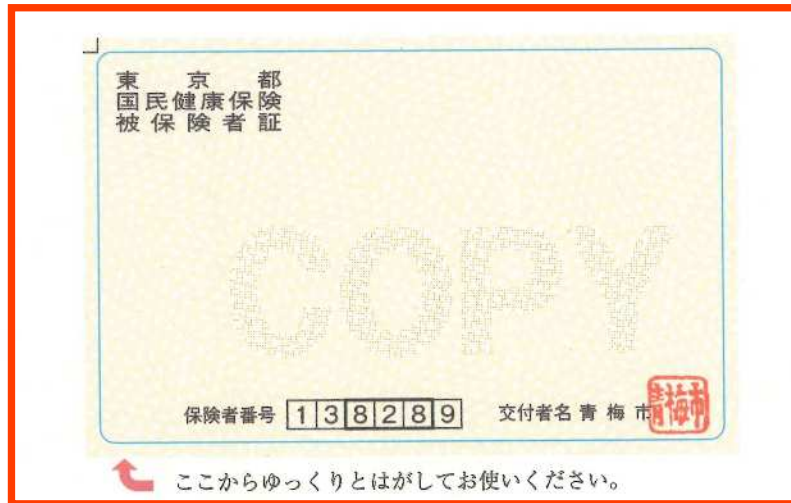
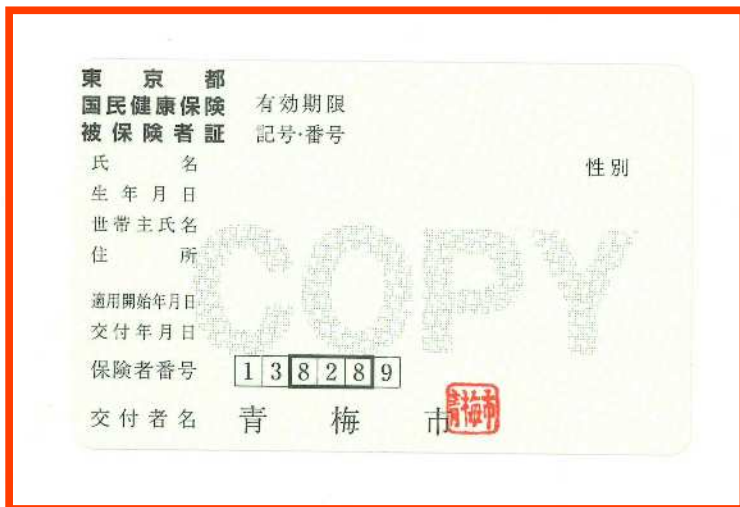


変更前

変更後

被保険者証をお送りしますので、内容を確認してください。
裏面の注意事項を必ずお読みください。



青梅市保険年金課
〒198-8701 東京都青梅市東青梅1丁目11番地の1
電話 0428-22-1111 (代) FAX 0428-22-3508 (代)
ホームページ <https://www.city.ome.tokyo.jp>

臓器提供意思表示欄の記入についての注意

- 臓器提供意思表示欄の記入は任意であり、記入を義務付けるものではありません。また、記入することにより、受けられる医療の内容に違いが生じることはありません。
- 臓器提供意思表示欄の記入内容は、臓器の移植に関する法律に規定する書面による意思表示として取り扱われることとなります。なお、臓器を提供する意思表示は15歳以上で有効となりますが、実際の提供については15歳未満であっても、本人の拒否の意思がなく、家族の承諾があれば提供可能です。また、提供しない意思表示については年齢の制限はありません。
- 臓器提供意思表示欄は、ボールペンで記入してください。
- 臓器提供意思表示欄を記入した後、個人情報保護シールを上から貼り付けて御使用ください。
- 臓器提供意思表示欄を記入した後、いつでも臓器提供に関する意思を変更することができます。その場合、被保険者証の再交付を受け、改めて変更後の意思を記入してください。




51-472-V64 1A(W網点)
TKC

(青梅市)国保保険証(一般)保護シール/
2021.09.28 Pro-10_km1(特色)(CS4)

担当営業	検査機校正	第三校正	第二校正	第一校正

【東京都国民健康保険被保険者資格証明書】

東京都国民健康保険被保険者資格証明書	
有効期限	まで
交付年月日	交付
記号・番号	
世帯主	住所
	氏名
被保険者	氏名
	生年月日
交付者	保険者番号並びに交付者の名称及び印
	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-right: 10px;"></div> <div style="text-align: center;"> <p>青 梅 市</p>  </div> </div>


変更前

東京都国民健康保険被保険者資格証明書			
有効期限 年号XX年 XX月 XX日まで 交付年月日 年号XX年 XX月 XX日交付			
記号	国保記号	番号	国保番号 (枝番)02
世帯主	住所	TKC県TASK市 中央1丁目 方書	
	氏名	ニホノ タロウ	性別 男
被保険者	氏名	ニホノ タロウ	性別 男
	生年月日	元号XX年 XX月 XX日	
	資格種別	<input type="radio"/> 一般被保険者	
交付者	保険者番号並びに交付者の名称及び印	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">X:X</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">X:X</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">X:X</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">X:X</div> </div> <p style="text-align: center;">青 梅 市</p> 	

変更後

※公印印影 赤→黒 (電子印影)

【東京都国民健康保険高齢受給者証】

東京都国民健康保険高齢受給者証							
有効期限 交付年月日							
記号・番号							
世帯主	住所						
	氏名						
対象被保険者	氏名						
	生年月日						
一部負担金の割合							
発効期日							
保険者番号並びに交付者の名称及び印	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>3</td><td>8</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td> </tr> </table> 青 梅 市 	1	3	8	2	8	9
1	3	8	2	8	9		


変更前

東京都国民健康保険高齢受給者証									
有効期限 年号XX 年 XX 月 XX 日 交付年月日 年号XX 年 XX 月 XX 日									
記号	国保記号	番号	国保番号 (枝番) 02						
世帯主	住所	TKC県TASK市 中央1丁目 方書							
	氏名	ニホノ タロウ 日本 太郎	性別 男						
対象被保険者	氏名	ニホノ ハナコ 日本 花子	性別 女						
	生年月日	年号XX 年 XX 月 XX 日							
一部負担金の割合		○割							
発効期日 年号XX 年 XX 月 XX 日									
保険者番号並びに交付者の名称及び印		<table border="1"> <tr> <td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td> </tr> </table> 青 梅 市 		X	X	X	X	X	X
X	X	X	X	X	X				


変更後

※公印印影 赤→黒 (電子印影)
※枠・文字の色 青→黒

【東京都国民健康保険限度額適用認定証】

東京都国民健康保険限度額適用認定証	
有効期限 交付年月日	
記号・番号	
世帯主	住所
	氏名
適用対象者	氏名
	生年月日
発効期日	
適用区分	
保険者番号並びに交付者の名称及び印	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-around;"> </div> <p style="text-align: center;">青 梅 市 </p>


変更前

東京都国民健康保険限度額適用認定証			
有効期限 年号 XX年 XX月 XX日 交付年月日 年号 XX年 XX月 XX日			
記号	国保記号	番号	国保番号 (枝番)02H
世帯主	住所	TKC県TASK市 中央1丁目	
	氏名	ニホ タロ 日本 太郎	性別 男
適用対象者	氏名	ニホ ハコ 日本 花子	性別 女
	生年月日	年号 XX年 XX月 XX日	
発効期日		年号 XX年 XX月 XX日	
適用区分		適用区分	
保険者番号並びに交付者の名称及び印	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-around;"> XXXXXXXX </div> <p style="text-align: center;">青 梅 市 </p>		

変更後

※公印印影 赤→黒 (電子印影)

【東京都国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証】

東京都国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証			
有効期限 交付年月日			
記号・番号			
世帯主	住所		
	氏名		
対象・減額者	氏名		
	生年月日		
発効期日			
適用区分			
長期入院該当年月日		交付者印	
保険者番号並びに交付者の名称及び印		<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin-right: 5px;">青 梅 市</div>  </div>	

変更前

東京都国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証			
有効期限 年号 XX年 XX月 XX日 交付年月日 年号 XX年 XX月 XX日			
記号	国保記号	番号	国保番号 (枝番)02H
世帯主	住所	TKC県TASK市 中央1丁目	
	氏名	ニホン タロウ	性別 男
対象・減額者	氏名	ニホン ハコ	性別 女
	生年月日	年号 XX年 XX月 XX日	
発効期日		年号 XX年 XX月 XX日	
適用区分		適用区分	
長期入院該当年月日		年号 XX年 XX月 XX日	交付者印 
保険者番号並びに交付者の名称及び印		<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-right: 5px; text-align: center;">X X X X X X X X</div> <div style="margin-right: 5px;">青 梅 市</div>  </div>	


変更後

※公印印影 赤→黒 (電子印影)

【東京都国民健康保険特定疾病療養受療証】

東京都国民健康保険特定疾病療養受療証	
有効期限 交付年月日	
認定疾病名	
記号・番号	
被保険者	氏名
	生年月日
発効期日	
自己負担限度額	
保険者番号並びに交付者の名称及び印	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 青 梅 市 <div style="float: right; text-align: right;">  </div>

変更前

東京都国民健康保険特定疾病療養受療証			
有効期限		年号 XX 年 XX 月 XX 日	
交付年月日		年号 XX 年 XX 月 XX 日	
認定疾病名		認定疾病名	
記号	国保記号	番号	国保番号 (枝番) 02
被保険者	氏名	日本 太郎	性別 男
	生年月日	年号 XX 年 XX 月 XX 日	
発効期日		年号 XX 年 XX 月 XX 日	
自己負担限度額		自己負担限度額 3	
保険者番号並びに交付者の名称及び印	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 青 梅 市 <div style="float: right; text-align: right;">  </div>		

変更後

※公印印影 赤→黒 (電子印影)
 ※枠・文字の色 青→黒