

【ジェネリック医薬品希望シール】

ジェネリック 医薬品を 希望します	ジェネリック 医薬品を 希望します
ジェネリック医薬品を 希望します	
医師・薬剤師の方へ ジェネリック医薬品について 説明をお願いします	



臓器移植に
関するご質問・
お問い合わせは

公益社団法人日本臓器移植ネットワークへ
フリーダイヤル 0120-78-1069
ホームページ <https://www.jotnw.or.jp>

下のシールは臓器提供に関する意思表示欄（被保険者証の裏面）の個人情報保護シールです。

被保険者証に関する注意事項を記載しておりますので、記入の有無にかかわらず、保護シール部分をはがし、被保険者証の裏面の点線部分にそって貼付してください。

このシールは貼り直しができます。被保険者証に変更があったときは、貼り直してください。

個人情報保護シール

被保険者証に関する注意事項

- 1 この証は、大切に保管してください。
- 2 医療機関等において診療を受けようとするときは、その窓口で電子資格確認を受けるか、この証を提出してください。
- 3 被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、この証をお住まいの市区町に提出してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 4 この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、お住まいの市区町で手続きをしてください。
- 5 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできません。また、有効期限を経過したこの証を使用した場合、医療給付費の返還を求める場合があります。
- 6 後期高齢者医療広域連合の検認又は更新のため、この証の提出を求められたときは、速やかに、市区町に提出してください。
- 7 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。
- 8 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合、この証を返還していただくことがあります。

広島県後期高齢者医療広域連合