

ムーランエムーラン専用決済サービス申込書をお申込みのお客様へ

(本人確認書類として「健康保険証コピー」をご提出いただく際のお願い)
ご提出いただく本人確認書類(※)について、各種健康保険証のコピーを提出
いただく際は、コピー後の紙の被保険者・被扶養者の「記号」「番号」等を、
下図の通りマスキングのうえ、ご提出ください。

<表面>

健康保険被保険者証

本人(被保険者) 00111

平成26年 6月25日交付

記号 [マスキング] 番号 [マスキング]

氏名 協 会 太 郎

生年月日 平成 元年 5月 10日

性別 男

資格取得年月日 平成 26年 6月 1日

事業所名称 ○○ 株式会社

保険者番号 [マスキング]

保険者名称 全国健康保険協会 ○○支部

保険者所在地 ○○市○○区○○町○○-○○

印

【マスキング箇所■】

記号・番号・保険者番号・2次元バーコード(記載がある場合のみ)をマスキングしてください。

交付年月日・氏名・生年月日・保険者名称、発行機関印はマスキングしないでください。

<裏面>

注意事項 保険医療機関等において診療を受けようとするときには、必ずこの証をその窓口で渡してください。

住所 [マスキング]

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を表示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○で開んでください。

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。
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。
私は、臓器を提供しません。
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。》

[マスキング]

〔特記欄: 〕

署名年月日: [マスキング]

本人署名(自筆): [マスキング] 家族署名(自筆): [マスキング]

住所はマスキングしないでください。

【マスキング箇所■】

臓器提供に関する意思確認欄をマスキングしてください。

※上記は本年10月1日(木)施行の「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」に基づく対応となりますので、ご理解・ご協力いただきますようお願いいたします。