

1/14

[帳票名：国民健康保険特定疾病療養受療証（罫線あり）]

1					2					3					4					5					6					7					7					8		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
1																																										
2																																										
3																																										
4																																										
5																																										
6																																										
1																																										
2																																										
3																																										
4																																										
5																																										
6																																										
1																																										
2																																										
3																																										
4																																										
5																																										
6																																										
1																																										
2																																										
3																																										
4																																										
5																																										
6																																										
1																																										
2																																										
3																																										
4																																										
5																																										
6																																										
1																																										
2																																										
3																																										
4																																										
5																																										
6																																										
1																																										
2																																										
3																																										
4																																										
5																																										
6																																										
1																																										
2																																										
3																																										
4																																										
5																																										
6																																										
1																																										
2																																										
3																																										
4																																										
5																																										
6																																										

スプロケット

5インチ

スプロケット

5/10
インチ

3・6/10インチ

8・2/10インチ

3・6/10インチ

5/10
インチ

注意事項

1. この証によって認定疾病に係る診療を受けた場合に支払う金額は、保険医療機関等ごとに1ヶ月につき表面に記載された自己負担限度額を最高限度とします。

ただし、入院した場合には、食事療養又は生活療養に要する費用について、別途定額の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を求めることになります。

2. 保険医療機関等において診療を受けようとするときは、その窓口で電子的確認を受けるか、この証を渡してください。

3. 被保険者の資格がなくなったとき又は自己負担限度額が変更されたときは、直ちに、この証を市町村（または組合）に返してください。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. 有効期限を経過した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証を使用して保険給付を受けた場合は、保険給付費の返還を求める場合があります。

5. 有効期限を経過した証について、市町村（または組合）から返還の求めがあったときは、直ちに、この証を市町村（または組合）に返してください。

6. この証の表面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、市町村（または組合）にその旨を届け出てください。

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拘禁刑の処分を受けます。

備考

3/14

〔帳票名：国民健康保険標準負担額減額認定証（罫線あり）〕

1												2												3												4												5												6												7												7												8	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2																																				
スプロケット												注意事項 1. この証によって入院の際に食事療養を受ける場合に支払う食事療養標準負担額は、別に厚生大臣が定める減額された額となります。 2. 保険医療機関等において入院をするときは、その窓口で電子的確認を受けるか、この証を渡してください。 3. 被保険者の資格がなくなったとき又は減額認定の条件に該当しなくなったときは、遅滞なく、この証を市町村（または組合）に返してください。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. 有効期限を経過した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証を使用して保険給付を受けた場合は、保険給付費の返還を求める場合があります。 5. 有効期限を経過した証について、市町村（または組合）から返還の求めがあったときは、遅滞なく、この証を市町村（または組合）に返してください。 6. この証の表面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、市町村（または組合）にその旨を届け出てください。 7. 不正はこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分を受けます。 備考																																																スプロケット																																					
スプロケット																																																												スプロケット																																					
スプロケット																																																												スプロケット																																					

5/10インチ

3・6/10インチ

ミシン

3・6/10インチ

ミシン

5/10インチ

8・2/10インチ

5インチ

5/14

〔帳票名：国民健康保険高齢受給者証（罫線あり）〕

1					2					3					4					5					6					7					7					8																																																	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2																																						
注意事項 1. この証の交付を受けたときは、大切に保管してください。 2. 保険医療機関等において診療を受けようとするときは、その窓口で電子的確認を受けるか、この証を渡してください。 3. 被保険者の資格がなくなったときには、直ちにこの証を市町村（または組合）に戻してください。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. 有効期限を経過した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証を使用して保険給付を受けた場合は、保険給付費の返還を求める場合があります。 5. 検認又は更新のため、市町村（または組合）にこの証の提出を求められたときは、速やかに、市町村（または組合）に提出してください。 6. 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、市町村（または組合）にその旨を届け出てください。 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拘禁刑の処分を受けます。 備考																																																																																									
スプロケット																																													スプロケット																																												
スプロケット																																													スプロケット																																												
スプロケット																																													スプロケット																																												

5/10インチ
3・6/10インチ
ミシン
3・6/10インチ
ミシン
5/10インチ

8・2/10インチ

5インチ

〔帳票名：国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証（前期高齢者用）（罫線あり）〕

1												2												3												4												5												6												7												8												9	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2																										
スプロケット										スプロケット										沖縄県 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 (枝番) 世帯主 住所 氏名 額適用対象・減 氏名 生年月日 発効期日 適用区分 長期入院 該当 交付者印 保険者番号並びに交付者の名称及び印										スプロケット										5/10インチ 3・6/10インチ 3・6/10インチ 5/10インチ 8・2/10インチ																																																									
スプロケット										スプロケット										5/10インチ 3・6/10インチ 3・6/10インチ 5/10インチ 8・2/10インチ										スプロケット										5/10インチ 3・6/10インチ 3・6/10インチ 5/10インチ 8・2/10インチ																																																									
スプロケット										スプロケット										5/10インチ 3・6/10インチ 3・6/10インチ 5/10インチ 8・2/10インチ										スプロケット										5/10インチ 3・6/10インチ 3・6/10インチ 5/10インチ 8・2/10インチ																																																									
スプロケット										スプロケット										5/10インチ 3・6/10インチ 3・6/10インチ 5/10インチ 8・2/10インチ										スプロケット										5/10インチ 3・6/10インチ 3・6/10インチ 5/10インチ 8・2/10インチ																																																									

8/14

9/14

10/14

11/14

〔帳票名：国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証（70歳未満用）（罫線あり）〕

1										2										3										4										5										6										7										7										8	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2																				
スプロケット										注意事項 1. この証によって療養を受ける場合は、次のとおり一部負担金限度額の適用及び食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額の減額が行われます。 (1)療養を受ける際に支払う一部負担金の額は、保険医療機関等又は指定訪問看護事業者ごとに1か月につき、別に定められた額を限度とします。 (2)入院の際に食事療養を受ける場合に支払う食事療養標準負担額又は生活療養を受ける際に支払う生活療養標準負担額は、別に厚労大臣が定める減額された額となります。 2. 保険医療機関等において療養を受けようとするときは、その窓口で電子的確認を受けるか、この証を渡してください。 3. 被保険者の資格がなくなったとき又は認定の条件に該当しなくなったときには、直ちにこの証を市町村（または組合）に返してください。 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. 有効期限を経過した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証を使用して保険給付を受けた場合は、保険給付費の返還を求める場合があります。 5. 有効期限を経過した証について、市町村（または組合）から返還の求めがあったときは、直ちに、この証を市町村（または組合）に返してください。 6. 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、市町村（または組合）にその旨を届け出てください。 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拘禁刑の処分を受けます。 備考																																								スプロケット																															
スプロケット																																																		スプロケット																															

5/10インチ

3・6/10インチ

ミシン

3・6/10インチ

ミシン

5/10インチ

8・2/10インチ

5インチ

13/14

14/14