

(表面)

| |
|------|
| 窓空宛名 |
|------|

お手元の国民健康保険特定疾病療養受療証の有効期限は 年 月 日となります。
郵送いたしました国民健康保険特定疾病療養受療証については、年 月 日以降
医療機関にご提示ください。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|----|------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|
| 〇〇県 国民健康保険 特定疾病療養受療証 | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期限 | | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | |
| 交付年月日 | | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | |
| 認定疾病名 | | | | | | | | | | | | | | |
| 記号 | | 番号 | (枝番) | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 氏名 | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | |
| 発効期日 | 年 月 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 | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | 〇〇市 印 |
| | | | | | | | | | | | | | | |

(裏面)

| |
|--|
| 注 意 事 項 |
| 一 この証によって認定疾病に係る診療を受ける場合に支払う金額は、保険医療機関等ごとに一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となります。 |
| 二 保険医療機関等において診療を受けようとするときは、その窓口で電子の確認を受けるか、この証を渡してください。 |
| 三 被保険者の資格がなくなつ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。 |
| 四 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られます。 |
| 五 有効期限を経過した証について、市町村から返還の求めがあったときは、直ちに、この証を市町村に返してください。 |
| 六 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。 |
| 七 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。 |

(表面)

| |
|------|
| 窓空宛名 |
|------|

お手元の国民健康保険標準負担額減額認定証の有効期限は 年 月 日となります。
郵送いたしました国民健康保険標準負担額減額認定証については、年 月 日以降
医療機関にご提示ください。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 〇〇県 国民健康保険 標準負担額減額認定証 | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期限 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 交付年月日 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 記号 | | 番号 | (枝番) | | | | | | | | | | | |
| 世帯主 | 住所 | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | |
| 減額対象者 | 氏名 | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 発効期日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 長期入院当 | 年 月 日 | 交付者印 | | | | | | | | | | | | |
| 保険者番号並びに交付者の名称及び印 | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | 〇〇市 <table border="1"><tr><td style="text-align: center;">印</td></tr></table> | 印 |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 印 | | | | | | | | | | | | | | |

(裏面)

| |
|---|
| 注 意 事 項 |
| 一 この証によって入院の際に食事療養又は生活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標準負担額は、別に厚生労働大臣が定める減額された額となります。 |
| 二 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。 |
| 三 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。 |
| 四 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られます。 |
| 五 有効期限を経過した証について、市町村から返還の求めがあったときは、遅滞なく、この証を市町村に返してください。 |
| 六 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。 |
| 七 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。 |

(表面)

| |
|------|
| 窓空宛名 |
|------|

お手元の国民健康保険高齢受給者証の有効期限は 年 月 日となります。
郵送いたしました国民健康保険高齢受給者証については、年 月 日以降
医療機関にご提示ください。

| | | | | | | | |
|-------------------|---|--|--|--|--|--|--|
| 〇〇県 国民健康保険高齢受給者証 | | | | | | | |
| 有効期限 | 年 月 日 | | | | | | |
| 交付年月日 | 年 月 日 | | | | | | |
| 記号 | 番号 (枝番) | | | | | | |
| 世帯主 | 住所 | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | |
| 対象被保険者 | 氏名 | | | | | | |
| | 生年月日 年 月 日 | | | | | | |
| 一部負担金の割合 | | | | | | | |
| 発効期日 | 年 月 日 | | | | | | |
| 保険者番号並びに交付者の名称及び印 | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 〇〇市 印 | | | | | | |
| | | | | | | | |

(裏面)

| |
|---|
| 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. 検認又は更新のため、市町村にこの証の提出を求められたときは、速やかに、市町村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 |

(表面)

| |
|------|
| 窓空宛名 |
|------|

お手元の国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の有効期限は
年 月 日となります。
郵送いたしました国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証については、
年 月 日以降医療機関にご提示ください。

| | | | |
|--|-------|-------|---|
| 〇〇県 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 | | 年 月 日 | |
| 交付年月日 | | 年 月 日 | |
| 記号 | 番号 | (枝番) | |
| 世帯主 | 住所 | | |
| | 氏名 | | |
| 額適用 対象者減 | 氏名 | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | |
| 発効期日 | 年 月 日 | | |
| 適用区分 | | | |
| 長期入院 | 年 月 日 | 交付者印 | |
| 保険者番号並びに交付者の名称及び印 | 〇〇市 | | 印 |
| マイナ保険証(※)を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用・標準負担額減額認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。 ※ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。 | | | |

(裏面)

| |
|---|
| 注 意 事 項 |
| 1. この証によって療養を受ける場合は、次の通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、別に厚生労働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は、直ちにこの証を市町村に返してください。 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、市町村から返還の求めがあったときは、直ちに、この証を市町村に返してください。 |
| 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 |

(表面)

| |
|------|
| 窓空宛名 |
|------|

お手元の国民健康保険限度額適用認定証の有効期限は 年 月 日となります。
郵送いたしました国民健康保険限度額適用認定証については、年 月 日以降
医療機関にご提示ください。

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 〇〇県 国民健康保険限度額適用認定証 | | | | | | | | | | | |
| 有効期限 年 月 日 交付年月日 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 記号 | 番号 (枝番) | | | | | | | | | | |
| 世帯主 | 住所 | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | |
| 適用対象者 | 氏名 | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 発効期日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 適用区分 | | | | | | | | | | | |
| 保険者番号並びに交付者の名称及び印 | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 〇〇市 印 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| マイナ保険証 (※) を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。 限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。 ※ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。 | | | | | | | | | | | |

(裏面)

| |
|---|
| 注 意 事 項 |
| 1. この証によって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. 保険医療機関等又は指定訪問看護事業者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、高齢受給者証 (被保険者証兼高齢受給者証) の交付を受けることができるに至ったとき、記載された適用区分に該当しなくなったとき、又は世帯主が保険料 (税) を滞納したため市町村が当該証の返還を求めたときは、直ちにこの証を市町村に返してください。 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、市町村から返還の求めがあったときは、直ちに、この証を市町村に返してください。 |
| 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 |

(表面)

| |
|------|
| 窓空宛名 |
|------|

お手元の国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の有効期限は
年 月 日となります。
郵送いたしました国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証については、
年 月 日以降医療機関にご提示ください。

| | | | |
|--|-------|-------|---|
| 〇〇県 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 | | 年 月 日 | |
| 交付年月日 | | 年 月 日 | |
| 記号 | 番号 | (枝番) | |
| 世帯主 | 住所 | | |
| | 氏名 | | |
| 額適用 対象者減 | 氏名 | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | |
| 発効期日 | 年 月 日 | | |
| 適用区分 | | | |
| 長期入院 | 年 月 日 | 交付者印 | |
| 保険者番号並びに交付者の名称及び印 | 〇〇市 | | 印 |
| マイナ保険証(※)を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用・標準負担額減額認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。 ※ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。 | | | |

(裏面)

| |
|---|
| 注 意 事 項 |
| 1. この証によって療養を受ける場合は、次の通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、別に厚生労働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は、直ちにこの証を市町村に返してください。 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、市町村から返還の求めがあったときは、直ちに、この証を市町村に返してください。 |
| 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 |

(表面)

| |
|------|
| 窓空宛名 |
|------|

お手元の国民健康保険限度額適用認定証の有効期限は 年 月 日となります。
郵送いたしました国民健康保険限度額適用認定証については、 年 月 日以降
医療機関にご提示ください。

| | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|
| 〇〇県 国民健康保険限度額適用認定証 | | | | | | | |
| 有効期限 年 月 日 | | | | | | | |
| 交付年月日 年 月 日 | | | | | | | |
| 記号 | 番号 (枝番) | | | | | | |
| 世帯主 | 住所 | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | |
| 適用対象者 | 氏名 | | | | | | |
| | 生年月日 年 月 日 | | | | | | |
| 発効期日 年 月 日 | | | | | | | |
| 適用区分 | | | | | | | |
| 保険者番号並びに交付者の名称及び印 | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 〇〇市 印 | | | | | | |
| | | | | | | | |
| マイナ保険証(※)を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。 ※ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。 | | | | | | | |

(裏面)

| | |
|--|--|
| 注 意 事 項 | |
| 1. この証によって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. 保険医療機関等又は指定訪問看護事業者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記載された適用区分に該当しなくなったときは、直ちにこの証を市町村に返してください。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、市町村から返還の求めがあったときは、直ちに、この証を市町村に返してください。 | |
| 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 | |