

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。

( 表面 )

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 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></div>		<div>〇〇市</div> <div>印</div>	

( 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つたとき又は減額認定の条件に該当しなくなつたときは、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る場合があります。

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つたときは、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つたときは、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懲役の処分を受けます。