

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。

(表面)

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

(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

窓空宛名

(表面)

〇 〇 県
国民健康保険
高齢受給者証

有効期限

年 月 日

記号

番号

(枝番)

氏 名

生 年 月 日

年 月 日

交 付 年 月 日

年 月 日

発 効 期 日

年 月 日

一部負担金の割合

割

世 帯 主 氏 名

住所

印

保険者番号

交付者名 〇〇市

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。

(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