879
1.11.20

福県医発第2135号（地）
令和元年11月19日

各　医　師　会　長　　殿

福　岡　県　医　師　会
会長　松　田　峻一良
（公　印　省　略）

健康保険法施行規則等の一部を改正する省令の公布について

本年６月18日付け福県医発第808号（地）「「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」の公布及び一部の施行について」により、オンライン資格確認の導入等についてご連絡申し上げたところであります。

これに関連し、健康保険法施行規則等の一部を改正する省令が本年10月28日に公布され、それに伴い保険局長より別添のとおり通知が発出された旨、日本医師会より連絡がありました。

今回の改正省令の趣旨は、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（以下、「改正法」という。）により、被保険者番号が個人単位化されることに伴い、健康保険法施行規則等に規定される被保険者証等の様式について、「枝番」記載欄を設ける等の所要の改正が行われます。（具体的に改正される様式等は、添付資料をご確認ください。）

本省令による改正前の様式により使用されている書類及び用紙については、合理的に必要と認められる範囲内で、当分の間、引き続き使用することが可能とのことです。

つきましては、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、

１）改正省令は改正法附則第１条第４号の政令で定める日（改正法公布の日から起算して２年を超えない範囲内において政令で定める日）から施行することとされております。

２）改正省令の施行に伴う事務手続き等の詳細な取扱いについては、別途通知される予定であることを申し添えます。

---

小郡三井医師会より

医療保険担当理事　肥山淳一郎
会長　島田昇二郎

日医発第８０４号（保 175）
令 和 元 年 １ １ 月 １ ２ 日

都道府県医師会長　殿

日本医師会長
横　倉　義　武

健康保険法施行規則等の一部を改正する省令の公布について

本年６月 10 日付け日医発第２７６号（保 59）「「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」の公布及び一部の施行について」により、オンライン資格確認の導入等についてご連絡申し上げたところであります。

これに関連し、健康保険法施行規則等の一部を改正する省令が本年 10 月 28 日に公布され、それに伴い保険局長より、添付資料のとおり通知が発出されましたのでご連絡申し上げます。

今回の改正省令の趣旨は、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（以下、「改正法」という。）により、被保険者番号が個人単位化されることに伴い、健康保険法施行規則等に規定される被保険者証等の様式について、「枝番」記載欄を設ける等の所要の改正が行われます。（具体的に改正される様式等は、添付資料をご確認ください。）

本省令による改正前の様式により使用されている書類及び用紙については、合理的に必要と認められる範囲内で、当分の間、引き続き使用することが可能です。

なお、改正省令は改正法附則第１条第４号の政令で定め
る日（改正法公布の日から起算して２年を超えない範囲内において政令で定める日）から施行することとされております。

つきましては、貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

＜添付資料＞
・健康保険法施行規則等の一部を改正する省令の公布について
（令元.10.28　保発 1028 第 10 号　厚生労働省保険局長）
・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（令和元年法律第九号）の一部の施行に伴い、並びに健康保険法（大正十一年法律第七十号）第二百七条、船員保険法（昭和十四年法律第七十三号）第百五十五条、国民健康保険法（昭和三十三年法律第百九十二号）第百二十条及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第百六十六条の規定に基づき、健康保険法施行規則等の一部を改正する省令
（令元.10.28　厚生労働省令第 65 号　厚生労働大臣）

（参考）
・オンライン資格確認等システムの検討状況（平成 30 年 12 月　厚生労働省保険局）
（平 30.12.6　第 116 回社会保障審議会医療保険部会　資料３）

保発 1028 第 10 号
令和元年 10 月 28 日

全国健康保険協会理事長
健康保険組合理事長
地方厚生（支）局長
社会保険診療報酬支払基金理事長
健康保険組合連合会長
日本医師会長
日本歯科医師会長
日本薬剤師会長
殿

厚生労働省保険局長
（ 公 印 省 略 ）

健康保険法施行規則等の一部を改正する省令の公布について

健康保険法施行規則等の一部を改正する省令(令和元年厚生労働省令第 65 号。以下「改正省令」という。）が 10 月 28 日に公布されたので通知する。改正の趣旨及び主な内容は下記のとおりであるので、御了知の上、関係各位への周知徹底を図るとともに、施行に向けて十分に御留意いただくようお願いする。

なお、改正省令の施行に伴う事務手続き等の詳細な取扱いについては、別途通知する予定であることを申し添える。

記

第１　改正省令の趣旨

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（令和元年法律第９号。以下「改正法」という。）により、被保険者番号が個人単位化されることに伴い、健康保険法施行規則（大正 15 年内務省令第 36 号）等に規定される被保険者証等の様式について、「枝番」記載欄を設ける等の所要の改正を行うこと。

第２　改正省令の内容

１　健康保険法施行規則の一部改正（改正省令第１条関係）

（１）以下の各様式について「枝番」記載欄を追加する改正を行うこと。

・様式第９号(１)～(４)（被保険者証）
・様式第 10 号(１)(２)（高齢受給者証）
・様式第 12 号（特別療養証明書）
・様式第 13 号（特定疾病療養受療証）
・様式第 13 号の２（限度額適用認定証）
・様式第 14 号（限度額適用・標準負担額減額認定証）

（２）その他所要の改正を行うこと。

２　船員保険法施行規則（昭和 15 年厚生省令第５号）の一部改正（改正省令第２条関係）

（１）以下の各様式について「枝番」記載欄を追加する改正を行うこと。

・様式第１号(１)(２)（被保険者証）
・様式第２号（高齢者受給者証）
・様式第３号（療養補償証明書）
・様式第４号（継続療養受療証明書）
・様式第５号（特定疾病療養受療証）
・様式第６号（限度額適用認定証）
・様式第７号（限度額適用・標準負担額減額認定証）

（２）その他所要の改正を行うこと。

３　国民健康保険法施行規則（昭和 33 年厚生省令第 53 号）の一部改正（改正省令第３条関係）

（１）以下の各様式について「枝番」記載欄を追加する改正を行うこと。

・様式第１号～第１号の２の３（被保険者証）
・様式第１号の３・第１号の３の２（被保険者資格証明書）
・様式第１号の４～第１号の５の２（高齢受給者証）
・様式第１号の６～第１号の６の４（食事療養標準負担額減額認定証）
・様式第１号の７・第１号の７の２（特定疾病療養受療証）
・様式第１号の８～第１号の８の４（限度額適用認定証）
・様式第１号の９・第１号の９の２（限度額適用・標準負担額減額認定証）
・様式第７号・様式第７号の２（退職被保険者等に関する被保険者証）

（２）以下の様式について「資―」の記載を削除する改正を行うこと。

・様式第１号の３・第１号の３の２（被保険者資格証明書）

４　高齢者の医療の確保に関する法律施行規則（平成 19 年厚生労働省令第 129 号）の一部改正（改正省令第４条関係）

以下の様式について「資―」の記載を削除する改正を行うこと。

・様式第３号（被保険者資格証明書）

５　経過措置

この省令による改正前の様式により使用されている書類及び用紙については、合理的に必要と認められる範囲内で、当分の間、引続き使用することができること。

第３　施行期日

改正省令は改正法附則第１条第４号の政令で定める日から施行すること。

**○厚生労働省令第六十五号**

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（令和元年法律第九号）の一部の施行に伴い、並びに健康保険法（大正十一年法律第七十号）第二百七条、船員保険法（昭和十四年法律第七十三号）第百五十五条、国民健康保険法（昭和三十三年法律第百九十二号）第百二十条及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第百六十六条の規定に基づき、健康保険法施行規則等の一部を改正する省令を次のように定める。

令和元年十月二十八日

厚生労働大臣　加藤　勝信

健康保険法施行規則等の一部を改正する省令

（健康保険法施行規則の一部改正）

**第一条**　健康保険法施行規則（大正十五年内務省令第三十六号）の一部を次のように改正する。

様式第九号(1)(第四十七条関係)

（表　　面）

◀

（被保険者）　　令和　年　月　日交付

健　康　保　険
被 保 険 者 証 記号　　番号　　（枝番）

氏名
性別
生　年　月　日　　年　月　日
資格取得年月日　　年　月　日

保険者所在地
保険者番号・名称

印

（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 | |
| 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○で囲んでください。

1. 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。
2. 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。
3. 私は、臓器を提供しません。

《１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。》

【　心臓・肺・肝臓・腎臓（じん）・膵臓（すい）・小腸・眼球　】

〔特記欄：　　〕

署名年月日：　　年　　月　　日

本人署名(自筆)：　　家族署名(自筆)：

様式第九号(1)から様式第十号(2)までを次のように改める。

備考　1. プラスチックその他の材料を用い、使用に十分耐え得るものとする。

2. 大きさは、縦54ミリメートル、横86ミリメートルとする。

3. 必要があるときは、横書きの文字を縦書きで表示することその他所要の変更又は調整を加えることができる。

4. 別途被保険者に周知することにより、注意事項を省略することができる。

5. 被保険者に次に掲げる事項を周知するものとする。

(1)　被保険者証の交付を受けたときは、直ちに住所欄に住所を自署して大切に保管すること。

(2)　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、必ず被保険者証を(70歳の誕生日の属する月の翌月(誕生日が月の初日である場合はその月)以後の場合は被保険者証に高齢受給者証を添えて)窓口で提出すること。

(3)　被保険者の資格を喪失したときは、5日以内に被保険者証を事業主に提出すること。ただし、任意継続被保険者の場合は保険者に返納すること。

(4)　不正に被保険者証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあること。

(5)　被保険者証の記載事項に変更があった場合には、直ちに事業主を経由して保険者に提出して訂正を受けること。ただし、任意継続被保険者の場合は事業主を経由することを要しないこと。

様式第九号(2)(第四十七条関係)

（表　　面）

◀

（被扶養者）　　令和　年　月　日交付

健　康　保　険
被 保 険 者 証 記号　　番号　　（枝番）

氏名　　被保険者氏名
性別
生　年　月　日　　年　　月　　日

保 険 者 所 在 地
保険者番号・名称　　印

（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 | |
| 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○で囲んでください。

1. 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。
2. 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。
3. 私は、臓器を提供しません。

《１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。》

【　心臓・肺・肝臓・腎臓(じん)・膵臓(すい)・小腸・眼球　】

〔特記欄：　　〕

署名年月日：　　年　　月　　日

本人署名(自筆)：　　家族署名(自筆)：

備考　1．プラスチックその他の材料を用い、使用に十分耐え得るものとする。

2．大きさは、縦54ミリメートル、横86ミリメートルとする。

3．必要があるときは、横書きの文字を縦書きで表示することその他所要の変更又は調整を加えることができる。

4．別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

5．被保険者等に次に掲げる事項を周知するものとする。

(1)　被保険者証の交付を受けたときは、直ちに住所欄に住所を自署して大切に保管すること。

(2)　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、必ず被保険者証を(70歳の誕生日の属する月の翌月(誕生日が月の初日である場合はその月)以後の場合は被保険者証に高齢受給者証を添えて)窓口で提出すること。

(3)　被保険者の資格を喪失したとき又はその被扶養者でなくなったときは、５日以内に被保険者証を事業主に提出すること。ただし、任意継続被保険者の場合は保険者に返納すること。

(4)　不正に被保険者証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあること。

(5)　被保険者証の記載事項に変更があった場合には、直ちに事業主を経由して保険者に提出して訂正を受けること。ただし、任意継続被保険者の場合は事業主を経由することを要しないこと。

様式第九号(3)(第四十七条関係)

（表　　面）

◀　特　退

（被保険者）　　令和　年　月　日交付

健 康 保 険
特 例 退 職
被保険者証 記号　　番号　　（枝番）

氏名
性別
生　年　月　日　　年　　月　　日
資格取得年月日　　年　　月　　日

保険者所在地

保 険 者 番 号
保 険 者 名 称　　印

（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 | |
| 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○で囲んでください。

1．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。
2．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。
3．私は、臓器を提供しません。
《１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。》

【　心臓・肺・肝臓・腎臓（じん）・膵臓（すい）・小腸・眼球　】

〔特記欄：　　〕

署名年月日：　　年　　月　　日

本人署名(自筆)：　　家族署名(自筆)：

備考　1．プラスチックその他の材料を用い、使用に十分耐え得るものとする。

2．大きさは、縦54ミリメートル、横86ミリメートルとする。

3．必要があるときは、横書きの文字を縦書きで表示することその他所要の変更又は調整を加えることができる。

4．別途被保険者に周知することにより、注意事項を省略することができる。

5．被保険者に次に掲げる事項を周知するものとする。

(1)　被保険者証の交付を受けたときは、直ちに住所欄に住所を自署して大切に保管すること。

(2)　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、必ず被保険者証を（70歳の誕生日の属する月の翌月（誕生日が月の初日である場合はその月）以後の場合は被保険者証に高齢受給者証を添えて）窓口で提出すること。

(3)　特例退職被保険者の資格を喪失したときは、５日以内に被保険者証を健康保険組合に返納すること。

(4)　不正に被保険者証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあること。

(5)　被保険者証の記載事項に変更があった場合には、直ちに健康保険組合に提出して訂正を受けること。

様式第九号(4)(第四十七条関係)

（表　　面）

◀　特　退

（被扶養者）　　令和　年　月　日交付

健 康 保 険
特 例 退 職
被保険者証 記号　　番号　　（枝番）

氏名　　被保険者氏名
性別
生　年　月　日　　年　　月　　日

保険者所在地

保 険 者 番 号
保 険 者 名 称　　印

（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 | |
| 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○で囲んでください。

1. 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。
2. 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。
3. 私は、臓器を提供しません。

《１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。》

【　心臓・肺・肝臓・腎臓（じん）・膵臓（すい）・小腸・眼球　】

〔特記欄：　　〕

署名年月日：　　年　　月　　日

本人署名(自筆)：　　家族署名(自筆)：

備考　1．プラスチックその他の材料を用い、使用に十分耐え得るものとする。

2．大きさは、縦54ミリメートル、横86ミリメートルとする。

3．必要があるときは、横書きの文字を縦書きで表示することその他所要の変更又は調整を加えることができる。

4．別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

5．被保険者等に次に掲げる事項を周知するものとする。

(1)　被保険者証の交付を受けたときは、直ちに住所欄に住所を自署して大切に保管すること。

(2)　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、必ず被保険者証を(70歳の誕生日の属する月の翌月(誕生日が月の初日である場合はその月)以後の場合は被保険者証に高齢受給者証を添えて)窓口で提出すること。

(3)　特例退職被保険者の資格を喪失したとき又はその被扶養者でなくなったときは、5日以内に被保険者証を健康保険組合に返納すること。

(4)　不正に被保険者証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあること。

(5)　被保険者証の記載事項に変更があった場合には、直ちに健康保険組合に提出して訂正を受けること。

様式第十号(1)(第五十二条関係)

（裏　面）

注意事項

1. 事業主からこの証の交付を受けたときには、すぐに住所欄に住所を自署して大切に保持してください。
2. 保険医療機関等から診療を受けようとするときには、被保険者証とともに必ずこの証をその窓口で渡してください。
3. 被保険者の資格が無くなったとき、被扶養者でなくなったとき又は有効期限に達したときは、５日以内にこの証を事業主に返してください。ただし、任意継続被保険者の場合は保険者に返してください。
4. 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。
5. この証の記載事項に変更があった場合には、被保険者証にこの証を添えて、すぐに事業主を経由して保険者に差し出して訂正を受けてください。ただし、任意継続被保険者の場合は事業主を経由することを要しません。

備考

1. この証の大きさは、縦127ミリメートル横91ミリメートルとする。
2. この証は、対象者ごとにこれを作製すること。
3. 「男女」欄は、該当しない文字を抹消すること。
4. 対象者が被保険者であるときは、表面の「対象者」の欄の「氏名」欄に本人と記載し、対象者が被扶養者であるときは、それぞれの欄に該当事項を記載すること。
5. 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

（表　面）

健康保険高齢受給者証

令和　　年　　月　　日交付

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 記号 | | 番号 | （枝番） | |
| 被保険者 | 氏名 | | | 男<br>女 |
| | 生年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 対象者 | 氏名 | | | 男<br>女 |
| | 生年月日 | 年　　月　　日 | | |
| | 住所 | | | |
| 発効年月日 | | 令和　　年　　月　　日 | | |
| 有効期限 | | 令和　　年　　月　　日 | | |
| 一部負担金の割合 | | | | |
| 保険者 | 所在地 | | | |
| | 保険者番号 | | | |
| | 名称及び印 | | | |

様式第十号(2)(第五十二条関係)

（表面）

◀

健康保険
高齢受給者証

令和　年　月　日交付

記号　番号　（枝番）

氏名　被保険者氏名

性別

生年月日　年　月　日

発効年月日　年　月　日

有効期限　年　月　日

一部負担金の割合

保険者所在地

保険者番号

保険者名称

印

（裏面）

注　意　事　項

1. この証の交付を受けたときには、すぐに住所欄に住所を自署して大切に保管してください。
2. 保険医療機関等から診療を受けようとするときには、被保険者証とともに必ずこの証をその窓口で渡してください。
3. 被保険者の資格が無くなったとき、被扶養者でなくなったとき又は有効期限に達したときは、５日以内にこの証を事業主に返してください。ただし、任意継続被保険者の場合は保険者に返してください。
4. 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。
5. 証の記載事項に変更があった場合には、被保険者証にこの証を添えて、すぐに事業主を経由して保険者に差し出して訂正を受けてください。ただし、任意継続被保険者の場合は事業主を経由することを要しません。

住所

備考

備考　1. プラスチックその他の材料を用い、使用に十分耐えうるものとする。

2. 大きさは、縦54ミリメートル、横86ミリメートルとする。

3. 被保険者については、表面の「被保険者氏名」欄に本人と記載することとする。

4. 必要があるときは、横書きの文字を縦書きで表示することその他所要の変更又は調整を加えることができる。

5. 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

様式第十二号から様式第十四号までを次のように改める。

様式第十二号（第八十三条関係）

（表　面）

| 注　意　事　項 | |
|---|---|
| 1　この証の交付を受けたときには、直ちに住所欄に住所を自署して大切に保持してください。<br>2　この証では、資格喪失の際に、現に診療を受けていた傷病及びこれによって発生した疾病についてのみ、診療が受けられます。診療を受けようとする際には、必ずこの証をその窓口で渡してください。<br>3　この証で診療を受けたときは、次の額をそのつど支払ってください。<br>(1)　保険診療の費用（(2)の費用を除く。）<br>ア　被保険者であった者　３割に相当する額<br>ただし、70歳の誕生日の属する月の翌月（誕生日が月の初日である場合はその月）以後の場合は、２割（ただし、昭和19年４月１日までに生まれた方は１割）に相当する額となります。<br>イ　被扶養者であった者　３割に相当する額<br>ただし、義務教育就学前（６歳の誕生日の前日以後の最初の３月31日まで）の場合は２割に相当する額、70歳の誕生日の属する月の翌月（誕生日が月の初日である場合はその月）以後の場合は２割（ただし、昭和19年４月１日までに生まれた方は１割）に相当する額となります。<br>(2)　入院時の食事療養又は生活療養に要する費用　定額の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額<br>4　この証は、健康保険法第３条第２項の規定による被保険者等として療養の給付等が受けられるようになったとき、被保険者等、船員保険の被保険者等、国民健康保険の被保険者、後期高齢者医療の被保険者等となったとき、被保険者の資格を喪失してから起算して６月を経過したときまたは診療を受けていた傷病が治った等のため不要となったときは、直ちに返納してください。<br>5　表面の記載事項のうち被保険者又は受給者の氏名又は住所に変更があったときは、この証を提出するとともに、新旧の氏名又は住所を５日以内に届け出てください。<br>6　不正にこの証を使用したときは、刑法によって罰せられますから注意してください。 | 健　康　保　険<br><br>特　別　療　養　証　明　書<br><br>保　険　者　名 |

（裏　面）

## 健康保険　特別療養証明書

令和　　年　　月　　日　交付

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者であった者 | 記　号 | | 番号 | （枝番） |
| | 氏　名 | | 性別 | 男・女 |
| | 生年月日 | 昭・平・令　　年　月　日生 | | |
| | 住　所 | | | |
| 受給者 | 記　号 | | 番号 | （枝番） |
| | 氏　名 | | 性別 | 男・女 |
| | 生年月日 | 昭・平・令　　年　月　日生 | | |
| | 住　所 | | | |
| 保険者 | 所在地 | | | |
| | 保険者名称及び番号印 | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 療養給付記録1 | 傷病名 | | | |
| | 開始年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | |
| | 受給期限 | 令和　　年　　月　　日 | | |
| | 終了年月日 | 令和　　年　　月　　日 | 転帰 | |
| 療養給付記録2 | 傷病名 | | | |
| | 開始年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | |
| | 受給期限 | 令和　　年　　月　　日 | | |
| | 終了年月日 | 令和　　年　　月　　日 | 転帰 | |
| 療養給付記録3 | 傷病名 | | | |
| | 開始年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | |
| | 受給期限 | 令和　　年　　月　　日 | | |
| | 終了年月日 | 令和　　年　　月　　日 | 転帰 | |

備　考

1　この証の大きさは、縦127ミリメートル、横182ミリメートルとし、点線の箇所から二つ折りとする。

2　この証は、受給者一人ごとにこれを作製すること。

3　受給者が被保険者であった者であるときは、「受給者」欄の「氏名」欄に被保険者本人と記載し、他の欄には斜線を引くこととし、受給者が被扶養者であった者であるときは、それぞれの欄に該当事項を記載すること。

4　「性別」欄は、該当しない文字を抹消すること。

5　「療養給付記録」欄は、保険医療機関等において記載すること。ただし、「傷病名」、「開始年月日」及び「受給期限」欄は、保険者において記載すること。

6　「療養給付記録」欄の記載については、次によること。

（い）　歯について保険診療を行った場合には、患歯の部位を「傷病名」欄に記載すること。

（ろ）　「開始年月日」欄には、保険診療を開始した年月日を記載すること。

（は）　「受給期限」欄には、特別療養給付を受けることができる期限を記載すること。

（に）　「終了年月日」欄には、この証の有効期限が満了したときは、その満了日を記載し、また、傷病が転帰したときは、その年月日を記載すること。

（ほ）　「転帰」欄には、治ゆ、期間満了、転医、死亡、中止等の別を記載すること。

7　別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

様式第十三号（第九十九条関係）

（表　面）

健康保険特定疾病療養受療証

令和　　年　　月　　日交付

| | | | |
|---|---|---|---|
| 認定疾病名 | | | |
| 受診者 | 氏名及び生年月日 | 昭　平　令　　年　　月　　日生 | 男　女 |
| | 住所 | | |
| 被保険者 | 記号 | | 番号　　（枝番） |
| | 氏名及び生年月日 | 昭　平　令　　年　　月　　日生 | 男　女 |
| 自己負担限度額 | | | |
| 発効期日 | 令和　　年　　月　　日から有効 | | |
| 保険者名及び印 | | | |

（裏面）

注意事項

一　この証の交付を受けたときには、すぐに住所欄に住所を自署して大切に保持してください。

二　この証によって認定疾病に係る保険診療を受ける場合は、窓口で支払う一部負担金等の額は、保険医療機関等又は保険薬局等ごとに一カ月に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となります。

三　保険医療機関等又は保険薬局等について認定疾病に係る保険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（保険医療機関等については、被保険者証に添えてください）。この場合には、その認定疾病に係る療養が終わるまで、この証は保管されて、療養が終わってから返付されます。

四　被保険者の資格がなくなったとき又は被扶養者でなくなったときは、五日以内にこの証を保険者に返してください。ただし、事業主を経由しても差し支えありません。

五　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。

六　表面の記載事項に変更があった場合には、速やかにこの証を保険者に提出して訂正を受けてください。ただし、事業主を経由しても差し支えありません。

備　考

一　この証の大きさは、縦一二七ミリメートル横九一ミリメートルとする。

二　この証は、受診者一人ごとにこれを作製すること。

三　「男女」欄は、該当しない文字を抹消すること。

四　受診者が被保険者であるときは、表面の「受診者」の欄の「氏名及び生年月日」欄に被保険者本人と記載し、受診者が被扶養者であるときは、それぞれの欄に該当事項を記載すること。

五　「発効期日」欄には、この証が有効となる年月日を記載すること。

六　別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

様式第十三号の二（第百三条の二関係）

（裏面）

注意事項

1．この証の交付を受けたときには、すぐに住所欄に住所を自署して大切に保持してください。
2．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。
3．保険医療機関等又は指定訪問看護事業者について療養を受けるときには、必ずこの証を被保険者証に添えてその窓口で渡してください。入院療養を受ける場合には、退院するまで、この証は保管されて、退院の際に返付されます。
4．被保険者の資格がなくなったとき、被扶養者でなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき又は有効期限に達したときは、５日以内にこの証を保険者に返してください。ただし、事業主を経由しても差し支えありません。
5．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。
6．表面の記載事項に変更があった場合には、速やかにこの証を保険者に提出して訂正を受けてください。ただし、事業主を経由しても差し支えありません。

備考

1．この証の大きさは、縦127ミリメートル横91ミリメートルとする。
2．この証は、対象者ごとにこれを作製すること。
3．「男女」欄は、該当しない文字を抹消すること。
4．対象者が被保険者であるときは、表面の「適用対象者」の欄の「氏名」欄に被保険者本人と記載し、対象者が被扶養者であるときは、それぞれの欄に該当事項を記載すること。
5．適用区分欄には、適用対象者が健康保険法施行令第42条第１項第２号又は第２項第２号に掲げる者である場合は「ア」と、同条第１項第３号又は第２項第３号に掲げる者である場合は「イ」と、同条第１項第１号又は第２項第１号に掲げる者である場合は「ウ」と、同条第１項第４号又は第２項第４号に掲げる者である場合は「エ」と、同条第３項第４号又は第４項第４号に掲げる者である場合は「現役並みⅠ」と、同条第３項第３号又は第４項第３号に掲げる者である場合は「現役並みⅡ」と記載すること。
6．別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

（表　面）

健康保険限度額適用認定証

令和　　年　　月　　日交付

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 記　　号 | | 番　　号 | （枝番） | |
| | 氏　　名 | | | | 男<br>女 |
| | 生年月日 | 昭和・平成・令和　　年　　月　　日 | | | |
| 適用対象者 | 氏　　名 | | | | 男<br>女 |
| | 生年月日 | 昭和・平成・令和　　年　　月　　日 | | | |
| | 住　　所 | | | | |
| 発効年月日 | | 令和　　年　　月　　日 | | | |
| 有効期限 | | 令和　　年　　月　　日 | | | |
| 適用区分 | | | | | |
| 保険者 | 所在地 | | | | |
| | 保険者番号名称及び印 | | | | |

様式第十四号（第百五条関係）

（裏面）

注意事項

1．この証の交付を受けたときには、すぐに住所欄に住所を自署して大切に保持してください。

2．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場合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します。

3．保険医療機関等又は指定訪問看護事業者について療養を受けるときには、必ずこの証を被保険者証及び高齢受給者証に添えてその窓口で渡してください。入院療養を受ける場合には、退院するまで、この証は保管されて、退院の際に返付されます。

4．被保険者の資格がなくなったとき、被扶養者でなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき又は有効期限に達したときは、５日以内にこの証を保険者に返してください。ただし、事業主を経由しても差し支えありません。

5．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。

6．表面の記載事項に変更があった場合には、速やかにこの証を保険者に提出して訂正を受けてください。ただし、事業主を経由しても差し支えありません。

備考

1．この証の大きさは、縦127ミリメートル横91ミリメートルとする。

2．この証は、対象者ごとにこれを作製すること。

3．「男女」欄は、該当しない文字を抹消すること。

4．対象者が被保険者であるときは、表面の「適用・減額対象者」の欄の「氏名」欄に被保険者本人と記載し、対象者が被扶養者であるときは、それぞれの欄に該当事項を記載すること。

5．適用区分欄には、適用対象者が健康保険法施行令第42条第１項第５号又は第２項第５号に掲げる者である場合は「オ」と、同条第３項第６号に掲げる者である場合は「Ⅰ」と、同項第５号に掲げる者である場合は「Ⅱ」と記載すること。

6．健康保険法施行規則第62条の３第６号に掲げる者である場合は、適用区分欄に、５記載の適用区分「オ」又は「Ⅰ」に加え、「(境)」と記載すること。

7．別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

（表　面）

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証

令和　　年　　月　　日交付

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 記　　号 | | 番号 | （枝番） | |
| | 氏　　名 | | | | 男<br>女 |
| | 生年月日 | 昭和・平成・令和　　年　　月　　日 | | | |
| 適用・減額対象者 | 氏　　名 | | | | 男<br>女 |
| | 生年月日 | 昭和・平成・令和　　年　　月　　日 | | | |
| | 住　　所 | | | | |
| 発効年月日 | | 令和　　年　　月　　日 | | | |
| 有効期限 | | 令和　　年　　月　　日 | | | |
| 適用区分 | | | | | |
| 長期入院該当 | | 令和　　年　　月　　日 | | 保険者印 | |
| 保険者 | 所在地 | | | | |
| | 保険者番号<br>名　称<br>及び印 | | | | |

様式第一号(1)(第三十五条関係)

（表面）

◀

（被保険者）

船員保険被保険者証　記号　番号　令和　年　月　日交付　（枝番）

氏名　性別

生年月日　年　月　日

資格取得年月日　年　月　日

保険者番号

保険者名称

保険者所在地

印

（船員保険法施行規則の一部改正）

**第二条**　船員保険法施行規則（昭和十五年厚生省令第五号）の一部を次のように改正する。

様式第一号(1)から様式第七号までを次のように改める。

（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 | |
| 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○で囲んでください。

1．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。
2．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。
3．私は、臓器を提供しません。

《１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。》

【 心臓・肺・肝臓・腎臓（じん）・膵臓（すい）・小腸・眼球 】

〔特記欄：　　〕

署名年月日：　　年　　月　　日

本人署名（自筆）：　　家族署名（自筆）：

備考　1．プラスチックその他の材料を用い、使用に十分耐え得るものとする。
2．大きさは、縦54ミリメートル、横86ミリメートルとする。
3．必要があるときは、横書きの文字を縦書きで表示することその他所要の変更又は調整を加えることができる。
4．別途被保険者に周知することにより、注意事項を省略することができる。
5．被保険者に次に掲げる事項を周知するものとする。
(1)　被保険者証の交付を受けたときは、直ちに住所欄に住所を自署して大切に保管すること。
(2)　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、必ず被保険者証を（70歳の誕生日の属する月の翌月（誕生日が月の初日である場合はその月）以後の場合は被保険者証に高齢受給者証を添えて）窓口で提出すること。
(3)　被保険者の資格を喪失したときは、10日以内に被保険者証を船舶所有者に提出すること。ただし、疾病任意継続被保険者の場合は５日以内に保険者に返納すること。
(4)　不正に被保険者証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあること。
(5)　被保険者証の記載事項に変更があった場合には、直ちに船舶所有者を経由して保険者に提出して訂正を受けること。ただし、疾病任意継続被保険者の場合は船舶所有者を経由することを要しないこと。

様式第一号(2)（第三十五条関係）

（表面）

◀

（被扶養者）

船員保険　　令和　年　月　日交付
被保険者証　記号　　番号　　（枝番）

氏名　　性別
生年月日　　年　月　日
認定年月日　　年　月　日
被保険者氏名

保険者番号
保険者名称
保険者所在地

印

（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 | |
| 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○で囲んでください。

1．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。
2．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。
3．私は、臓器を提供しません。

《１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。》

【 心臓・肺・肝臓・腎臓（じん）・膵臓（すい）・小腸・眼球 】

〔特記欄：　　〕

署名年月日：　　年　　月　　日

本人署名（自筆）：　　家族署名（自筆）：

備考　1．プラスチックその他の材料を用い、使用に十分耐え得るものとする。
2．大きさは、縦54ミリメートル、横86ミリメートルとする。
3．必要があるときは、横書きの文字を縦書きで表示することその他所要の変更又は調整を加えることができる。
4．別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。
5．被保険者等に次に掲げる事項を周知するものとする。
(1)　被保険者証の交付を受けたときは、直ちに住所欄に住所を自署して大切に保管すること。
(2)　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、必ず被保険者証を（70歳の誕生日の属する月の翌月（誕生日が月の初日である場合はその月）以後の場合は被保険者証に高齢受給者証を添えて）窓口で提出すること。
(3)　被保険者の資格を喪失したとき又はその被扶養者でなくなったときは、10日以内に被保険者証を船舶所有者に提出すること。ただし、疾病任意継続被保険者の場合は５日以内に保険者に返納すること。
(4)　不正に被保険者証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあること。
(5)　被保険者証の記載事項に変更があった場合には、直ちに船舶所有者を経由して保険者に提出して訂正を受けること。ただし、疾病任意継続被保険者の場合は船舶所有者を経由することを要しないこと。

様式第二号（第四十一条関係）

（裏　面）

注意事項

1. 船舶所有者からこの証の交付を受けたときは、すぐに住所欄に住所を自署して大切に保管してください。
2. 保険医療機関等から診療を受けようとするときには、被保険者証とともに必ずこの証を窓口で渡してください。
3. 被保険者の資格がなくなったとき、日本国内に住所を有する者が75歳に達したとき、65歳以上75歳未満の者が後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けたとき、被扶養者でなくなったとき、又は有効期限に達したときは、直ちにこの証を船舶所有者に返してください。
4. 不正にこの証を使用したときは、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
5. この証の記載事項に変更があった場合には、被保険者証にこの証を添えて、すぐに船舶所有者を経由して保険者に差し出して訂正を受けてください。

備考

1. この証の大きさは、縦127ミリメートル、横91ミリメートルとする。
2. この証は、対象者ごとにこれを作成すること。
3. 「男女」欄は該当しない文字を抹消すること。
4. 対象者が被保険者であるときは、表面の「対象者」の欄の「氏名」欄に被保険者本人と記載し、対象者が被扶養者であるときは、それぞれの欄に該当事項を記載すること。
5. 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

（表　面）

船員保険高齢者受給者証

令和　　年　　月　　日交付

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 記号 | ㊫ | 番号 | （枝番） |
| | 氏名 | | | 男<br>女 |
| | 生年月日 | 年　月　日 | | |
| 対象者 | 氏名 | | | 男<br>女 |
| | 生年月日 | 年　月　日 | | |
| | 住所 | | | |
| 発行年月日 | | 令和　年　月　日 | | |
| 有効期限 | | 令和　年　月　日 | | |
| 一部負担金の割合 | | | | |
| 保険者 | 所在地 | | | |
| | 保険者番号<br>名称<br>及び印 | | | |

様式第三号（第四十三条関係）

船員保険療養補償証明書（下船後の療養補償）

<table>
<tr><td rowspan="3">本　人</td><td>記号・番号</td><td colspan="2">（枝番）</td><td>職務の種類</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td colspan="2">明・大・昭<br>平・令　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>被保険者資格取得年月日</td><td colspan="2">昭和<br>平成　　年　　月　　日<br>令和</td><td>雇入年月日</td><td colspan="2">昭　和<br>平　成　　年　　月　　日<br>令　和</td></tr>
<tr><td>乗組船舶</td><td>船舶名</td><td colspan="2"></td><td>総トン数</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">傷病・事故発生の日時及び場所</td><td>日　時</td><td colspan="5">令和　　年　　月　　日　午前<br>午後　　時　　分頃</td></tr>
<tr><td>場　所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>傷　病</td><td colspan="2">1　疾　病<br>2　負　傷</td><td>部位及び症状</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">船員法第八九条第二項該当</td><td rowspan="2">下船の場所及び年月日</td><td>下船港</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>下船年月日</td><td>令和　　年　　月　　日</td><td>下船後三月満了年月日</td><td colspan="2">令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>負傷原因記入欄（負傷の場合は記入してください）</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

船舶所有者　住所又は所在地<br>氏名又は名称　　㊞

船長　住所又は所在地<br>氏名又は名称　　㊞

又は

保険者　所在地<br>名称　　㊞

（注）　船舶所有者又は船長の押印については、署名（自筆）の場合は必要ありません。

備考　この用紙は、A列4番とすること。

様式第四号（第六十八条関係）

（表面）

注　意　事　項

1　この証明書の交付を受けたときには、直ちに住所欄に住所を自署して大切に保持してください。

2　この証明書では、資格を喪失する前に、発生した傷病及びこれによって発生した疾病についてのみ、診療が受けられます。診療を受けようとする際には、必ずこの証明書をその窓口で渡してください。

3　この証明書で診療を受けたとき、船員法第89条第２項（職務上の災害発生日が平成21年12月31日以前である場合は船員法第89条第１項を含む。以下同じ。）に該当したことにより船舶所有者等から交付を受けた船員保険療養補償証明書をこの証明書に添えて窓口で渡した場合は、一部負担金を保険医療機関又は保険薬局に支払う必要がありませんが、それ以外の場合は次の額をその都度支払ってください。

(1)　保険診療の費用（(2)の費用を除く。）

ア　被保険者であった者　３割に相当する額

ただし、70歳の誕生日の属する月の翌月（誕生日が月の初日である場合はその月）以後の場合は、２割（ただし、昭和19年４月１日までに生まれた方は１割）に相当する額となります。

イ　被扶養者であった者　３割に相当する額

ただし、義務教育就学前（６歳の誕生日の前日以後の最初の３月31日まで）の場合は２割に相当する額、70歳の誕生日の属する月の翌月（誕生日が月の初日である場合はその月）以後の場合は２割（ただし、昭和19年４月１日までに生まれた方は１割）に相当する額となります。

(2)　入院時の食事療養又は生活療養に要する費用　定額の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額

4　この証明書は、次に該当するときは直ちに返納してください。

(1)　船員法第89条第２項に該当したことによりこの証明書の交付を受けた場合

被保険者となったとき、受給期限が到来したとき又は診療を受けていた傷病が治った等のため不要となったとき。

(2)　(1)以外の場合

健康保険法第３条第２項の規定による被保険者等として療養の給付等が受けられるようになったとき、被保険者等、健康保険の被保険者等、国民健康保険の被保険者、後期高齢者医療の被保険者等となったとき、被保険者の資格を喪失してから起算して６月を経過したとき又は診療を受けていた傷病が治った等のため不要となったとき。

5　表面の記載事項のうち被保険者又は受給者の氏名又は住所に変更があったときは、この証明書を提出するとともに、新旧の氏名又は住所を５日以内に届け出てください。

6　不正にこの証明書を使用したときは、刑法によって罰せられることがあります。

船　員　保　険

継　続　療　養　受　療　証　明　書

保　険　者　名

（裏面）

## 船員保険　継続療養受療証明書

令和　　年　　月　　日　交付

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者であった者 | 記号 | | 番号 | （枝番） |
| | 氏名 | | | 性別 |
| | 生年月日 | 昭・平・令　　年　　月　　日生 | | |
| | 住所 | | | |
| 受給者 | 記号 | | 番号 | （枝番） |
| | 氏名 | | | 性別 |
| | 生年月日 | 昭・平・令　　年　　月　　日生 | | 続柄 |
| | 住所 | | | |
| 保険者 | 所在地 | | | |
| | 保険者番号　名称及び印 | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 療養給付記録1 | 傷病名 | | | |
| | 開始年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | |
| | 受給期限 | 令和　　年　　月　　日 | | |
| | 終了年月日 | 令和　　年　　月　　日 | 転帰 | |
| 療養給付記録2 | 傷病名 | | | |
| | 開始年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | |
| | 受給期限 | 令和　　年　　月　　日 | | |
| | 終了年月日 | 令和　　年　　月　　日 | 転帰 | |
| 療養給付記録3 | 傷病名 | | | |
| | 開始年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | |
| | 受給期限 | 令和　　年　　月　　日 | | |
| | 終了年月日 | 令和　　年　　月　　日 | 転帰 | |

様式第五号（第八十八条関係）

（表　面）

船員保険特定疾病療養受療証

令和　　年　　月　　日交付

| | | | |
|---|---|---|---|
| 認定疾病名 | | | |
| 受診者 | 氏名及び生年月日 | 昭平令　　年　　月　　日 | 男・女 |
| | 住所 | | |
| 被保険者 | 記号 | 番号 | （枝番） |
| | 氏名及び生年月日 | 昭平令　　年　　月　　日 | 男・女 |
| 自己負担限度額 | | | |
| 発効期日 | 令和　　年　　月　　日から有効 | | |
| 保険者名及び印 | | | |

（裏　面）

注　意　事　項

一　この証の交付を受けたときには、すぐに住所欄に住所を自署して大切に保持してください。

二　この証によって認定疾病に係る保険診療を受ける場合は、窓口で支払う一部負担金等の額は、保険医療機関等又は保険薬局等ごとに一ヶ月に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となります。

三　保険医療機関等又は保険薬局等について認定疾病に係る保険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（保険医療機関等については、被保険者証に添えてください）。この場合には、その認定疾病に係る療養が終わるまで、この証は保管されて、療養が終わってから返付されます。

四　被保険者の資格がなくなったとき又は被扶養者でなくなったときは、十日以内にこの証を保険者に返してください。ただし、船舶所有者を経由しても差し支えありません。

五　日本国内に住所を有する者が七十五歳に達したとき又は六十五歳以上七十五歳未満の者が後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けたときは、速やかにこの証を保険者に返してください。ただし、船舶所有者を経由しても差し支えありません。

六　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。

七　表面の記載事項に変更があった場合には、速やかにこの証を保険者に提出して訂正を受けてください。ただし、船舶所有者を経由しても差し支えありません。

備考

一　この証の大きさは、縦一二七ミリメートル横九一ミリメートルとする。

二　この証は、受診者一人ごとにこれを作成すること。

三　「男女」欄は、該当しない文字を抹消すること。

四　受診者が被保険者であるときは、表面の「受診者」の欄の「氏名及び生年月日」欄に被保険者本人と記載し、受診者が被扶養者であるときは、それぞれの欄に該当事項を記載すること。

五　「発効期日」欄には、この証が有効となる年月日を記載すること。

六　別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

様式第六号（第九十三条関係）

（裏面）

注意事項

1．この証の交付を受けたときには、すぐに住所欄に住所を自署して大切に保持してください。

2．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。

3．保険医療機関等又は指定訪問看護事業者について療養を受けるときには、必ずこの証を被保険者証に添えてその窓口で渡してください。入院療養を受ける場合には、退院するまで、この証は保管されて、退院の際に返付されます。

4．被保険者の資格がなくなったとき、日本国内に住所を有する者が75歳に達したとき、65歳以上75歳未満の者が後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けたとき、被扶養者でなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき又は有効期限に達したときは、直ちにこの証を保険者に返してください。ただし、船舶所有者を経由しても差し支えありません。

5．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。

6．表面の記載事項に変更があった場合には、速やかにこの証を保険者に提出して訂正を受けてください。ただし、船舶所有者を経由しても差し支えありません。

備考

1．この証の大きさは、縦127ミリメートル横91ミリメートルとする。

2．この証は、対象者ごとにこれを作成すること。

3．「男女」欄は、該当しない文字を抹消すること。

4．対象者が被保険者であるときは、表面の「適用対象者」の欄の「氏名」欄に被保険者本人と記載し、対象者が被扶養者であるときは、それぞれの欄に該当事項を記載すること。

5．適用区分欄には、適用対象者が船員保険法施行令第９条第１項第２号又は第２項第２号に掲げる者である場合は「ア」と、同条第１項第３号又は第２項第３号に掲げる者である場合は「イ」と、同条第１項第１号又は第２項第１号に掲げる者である場合は「ウ」と、同条第１項第４号又は第２項第４号に掲げる者である場合は「エ」と、同条第３項第４号又は第４項第４号に掲げる者である場合は「現役並みⅠ」と、同条第３項第３号又は第４項第３号に掲げる者である場合は「現役並みⅡ」と記載すること。

6．別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

（表面）

船員保険限度額適用認定証

令和　　年　　月　　日交付

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 記　号 | ㊫ | 番　号 | （枝番） |
| | 氏　名 | | | 男<br>女 |
| | 生年月日 | 昭和・平成・令和　　年　　月　　日 | | |
| 適用対象者 | 氏　名 | | | 男<br>女 |
| | 生年月日 | 昭和・平成・令和　　年　　月　　日 | | |
| | 住　所 | | | |
| 発効年月日 | | 令和　　年　　月　　日 | | |
| 有効期限 | | 令和　　年　　月　　日 | | |
| 適用区分 | | | | |
| 保険者 | 所在地 | | | |
| | 保険者番号<br>名称及び印 | | | |

様式第七号（第九十五条関係）

（表面）

船員保険限度額適用・標準負担額減額認定証

令和　　年　　月　　日交付

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 記　　号 | ㊫ | 番 号 | （枝番） | |
| | 氏　　名 | | | | 男女 |
| | 生年月日 | 昭和・平成・令和　　年　　月　　日 | | | |
| 適用・減額対象者 | 氏　　名 | | | | 男女 |
| | 生年月日 | 昭和・平成・令和　　年　　月　　日 | | | |
| | 住　　所 | | | | |
| 発効年月日 | | 令和　　年　　月　　日 | | | |
| 有効期限 | | 令和　　年　　月　　日 | | | |
| 適用区分 | | | | | |
| 長期入院該当 | | 令和　　年　　月　　日 | 保険者印 | | |
| 保険者 | 所在地 | | | | |
| | 保険者番号 | | | | |
| | 名称及び印 | | | | |

（裏面）

注意事項

1. この証の交付を受けたときには、すぐに住所欄に住所を自署して大切に保持してください。

2. 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場合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します。

3. 保険医療機関等又は指定訪問看護事業者について療養を受けるときには、必ずこの証を被保険者証及び高齢受給者証に添えてその窓口で渡してください。入院療養を受ける場合には、退院するまで、この証は保管されて、退院の際に返付されます。

4. 被保険者の資格がなくなったとき、日本国内に住所を有する者が75歳に達したとき、65歳以上75歳未満の者が後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けたとき、被扶養者でなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき又は有効期限に達したときは、直ちにこの証を保険者に返してください。ただし、船舶所有者を経由しても差し支えありません。

5. 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。

6. 表面の記載事項に変更があった場合には、速やかにこの証を保険者に提出して訂正を受けてください。ただし、船舶所有者を経由しても差し支えありません。

備考

1. この証の大きさは、縦127ミリメートル横91ミリメートルとする。

2. この証は、対象者ごとにこれを作成すること。

3.「男女」欄は、該当しない文字を抹消すること。

4. 対象者が被保険者であるときは、表面の「適用・減額対象者」の欄の「氏名」欄に被保険者本人と記載し、対象者が被扶養者であるときは、それぞれの欄に該当事項を記載すること。

5. 適用区分欄には、適用対象者が船員保険法施行令第９条第１項第５号又は第２項第５号に掲げる者である場合は「オ」と、同条第３項第６号に掲げる者である場合は「Ⅰ」と、同項第５号に掲げる者である場合は「Ⅱ」と記載すること。

6. 健康保険法施行規則第62条の３第６号に掲げる者である場合は、適用区分欄に、５記載の適用区分「オ」又は「Ⅰ」に加え、「(境)」と記載すること。

7. 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

様式第一号（第六条関係）

（表　面）

○　○　都　道　府　県　　有効期限　　年　　月　　日

国　民　健　康　保　険

被　保　険　者　証

記　号　　番　号　　（枝番）

氏　名　　性　別

生　年　月　日　　年　　月　　日

適用開始年月日　　年　　月　　日

交　付　年　月　日　　年　　月　　日

世帯主氏名

住　所

保険者番号

交付者名　　印

（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は、必ずこの証をその窓口で渡してください。

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○で囲んでください。

1．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。

2．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。

3．私は、臓器を提供しません。

《1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。》

【　心臓・肺・肝臓・腎臓（じん）・膵臓（すい）・小腸・眼球　】

〔特記欄：　　〕

署名年月日：　　年　　月　　日

本人署名（自筆）：　　家族署名（自筆）：

（国民健康保険法施行規則の一部改正）

**第三条**　国民健康保険法施行規則（昭和三十三年厚生省令第五十三号）の一部を次のように改正する。

様式第一号から様式第一号の五の二までを次のように改める。

備考　1. プラスチックその他の材料を用い、使用に十分耐え得るものとする。
2. 大きさは、縦54ミリメートル、横86ミリメートルとする。
3. 一部負担金の割合を減じている市町村については、表面に「一部負担金の割合」欄を設け、その一部負担割合を表示する。
4. 必要があるときは、横書きの文字を縦書きで表示することその他所要の変更又は調整を加えることができる。
5. 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。
6. 被保険者等に次に掲げる事項を周知するものとする。
(1)　被保険者証の交付を受けたときは、大切に保管すること。
(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、必ず被保険者証を（70歳の誕生日の属する月の翌月（誕生日が月の初日である場合はその月）以後の場合は被保険者証に高齢受給者証を添えて）窓口で提出すること。
(3)　診療を受けるときに支払う金額は、義務教育就学前（6歳の誕生日の前日以後の最初の3月31日まで）の場合は、保険診療の費用（入院時の食事療養に要する費用を除く。）の2割であること。また、70歳の誕生日の属する月の翌月（誕生日が月の初日である場合はその月）以後の場合は、高齢受給者証に示す割合であること。
(4)　被保険者の資格を喪失したとき又は退職被保険者若しくはその被扶養者となったときには、直ちに被保険者証を市町村に返還すること。また、転出の届出をする際には、被保険者証を添えること。
(5)　被保険者証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、被保険者証を添えて、市町村にその旨を届け出ること。
(6)　有効期限を経過したときは、被保険者証を使用することはできないので、速やかに、市町村に提出して、検認又は更新を受けること。
(7)　不正に被保険者証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあること。
(8)　特別の事情がないのに保険料（税）を滞納した場合、被保険者証を返還していただくことがあること。また、特別の事情がないのに納期限から1年間経過しても保険料（税）を滞納している場合、被保険者証を返還していただくこと。

様式第一号の二（第六条関係）

（表　面）

国　民　健　康　保　険
被　保　険　者　証

有効期限　　年　　月　　日

記　号　　番　号　　（枝番）

氏　名　　性　別

生　年　月　日　　年　　月　　日

資格取得年月日　　年　　月　　日

交　付　年　月　日　　年　　月　　日

世帯主氏名
住　所

保険者番号

保 険 者 名　　印

（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は、必ずこの証をその窓口で渡してください。

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○で囲んでください。

1. 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。
2. 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。
3. 私は、臓器を提供しません。

《1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。》

【　心臓・肺・肝臓・腎臓（じん）・膵臓（すい）・小腸・眼球　】

〔特記欄：　　〕

署名年月日：　　年　　月　　日

本人署名（自筆）：　　家族署名（自筆）：

備考　1. プラスチックその他の材料を用い、使用に十分耐え得るものとする。
2. 大きさは、縦54ミリメートル、横86ミリメートルとする。
3. 一部負担金の割合を減じている組合については、表面に「一部負担金の割合」欄を設け、その一部負担割合を表示する。
4. 必要があるときは、横書きの文字を縦書きで表示することその他所要の変更又は調整を加えることができる。
5. 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。
6. 被保険者等に次に掲げる事項を周知するものとする。
(1)　被保険者証の交付を受けたときは、大切に保管すること。
(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、必ず被保険者証を（70歳の誕生日の属する月の翌月（誕生日が月の初日である場合はその月）以後の場合は被保険者証に高齢受給者証を添えて）窓口で提出すること。
(3)　診療を受けるときに支払う金額は、義務教育就学前（6歳の誕生日の前日以後の最初の3月31日まで）の場合は、保険診療の費用（入院時の食事療養に要する費用を除く。）の2割であること。また、70歳の誕生日の属する月の翌月（誕生日が月の初日である場合はその月）以後の場合は、高齢受給者証に示す割合であること。
(4)　被保険者の資格を喪失したときには、直ちに被保険者証を組合に返還すること。
(5)　被保険者証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、被保険者証を添えて、組合にその旨を届け出ること。
(6)　有効期限を経過したときは、被保険者証を使用することはできないので、速やかに、組合に提出して、検認又は更新を受けること。
(7)　不正に被保険者証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあること。
(8)　特別の事情がないのに保険料を滞納した場合、被保険者証を返還していただくことがあること。また、特別の事情がないのに納期限から1年間経過しても保険料を滞納している場合、被保険者証を返還していただくこと。

様式第一号の二の二(第六条関係)

(表　面)

○ ○ 都 道 府 県　　有効期限　　年　　月　　日
国 民 健 康 保 険　　発効期日　　年　　月　　日
被 保 険 者 証
兼 高 齢 受 給 者 証

記　号　　番　号　　(枝番)
氏　名　　性　別
生　年　月　日　　年　　月　　日　　負担割合　　割
適用開始年月日　　年　　月　　日
交 付 年 月 日　　年　　月　　日
世帯主氏名
住　所

保険者番号　　| | | | | | |

交 付 者 名　　印

(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は、必ずこの証をその窓口で渡してください。

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○で囲んでください。

1. 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。
2. 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。
3. 私は、臓器を提供しません。

《1 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。》

【　心臓・肺・肝臓・腎臓(じん)・膵臓(すい)・小腸・眼球　】

〔特記欄：　　〕

署名年月日：　　年　　月　　日

本人署名(自筆)：　　家族署名(自筆)：

備考　1. プラスチックその他の材料を用い、使用に十分耐え得るものとする。
2. 大きさは、縦 54 ミリメートル、横 86 ミリメートルとする。
3. 一部負担金の割合を減じている市町村については、表面の「負担割合」欄にその一部負担割合を表示する。
4. 必要があるときは、横書きの文字を縦書きで表示することその他所要の変更又は調整を加えることができる。
5. 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。
6. 被保険者等に次に掲げる事項を周知するものとする。
(1)　被保険者証の交付を受けたときは、大切に保管すること。
(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、必ず被保険者証を窓口で提出すること。
(3)　診療を受けるときに支払う金額は、保険診療の費用(入院時の食事療養に要する費用を除く。)に表面に示す割合を乗じた額であること。
(4)　被保険者の資格を喪失したときには、直ちに被保険者証を市町村に返還すること。また、転出の届出をする際には、被保険者証を添えること。
(5)　被保険者証の記載事項に変更があったときは、14 日以内に、被保険者証を添えて、市町村にその旨を届け出ること。
(6)　有効期限を経過したときは、被保険者証を使用することはできないので、速やかに、市町村に提出して、検認又は更新を受けること。
(7)　不正に被保険者証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあること。
(8)　特別の事情がないのに保険料(税)を滞納した場合、被保険者証を返還していただくことがあること。また、特別の事情がないのに納期限から１年間経過しても保険料(税)を滞納している場合、被保険者証を返還していただくこと。

様式第一号の二の三(第六条関係)

(表　面)

国 民 健 康 保 険
被 保 険 者 証
兼 高 齢 受 給 者 証

有効期限　　年　　月　　日

記　号　　番　号　　(枝番)
氏　名　　性　別
生　年　月　日　　年　　月　　日　　負担割合　　割
資格取得年月日　　年　　月　　日
交 付 年 月 日　　年　　月　　日
世帯主氏名
住　所

保険者番号

保 険 者 名　　印

(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は、必ずこの証をその窓口で渡してください。

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○で囲んでください。

1. 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。
2. 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。
3. 私は、臓器を提供しません。

《1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。》

【　心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球　】

〔特記欄：　　〕

署名年月日：　　年　　月　　日

本人署名(自筆)：　　家族署名(自筆)：

備考　1. プラスチックその他の材料を用い、使用に十分耐え得るものとする。
2. 大きさは、縦 54 ミリメートル、横 86 ミリメートルとする。
3. 一部負担金の割合を減じている組合については、表面の「負担割合」欄にその一部負担割合を表示する。
4. 必要があるときは、横書きの文字を縦書きで表示することその他所要の変更又は調整を加えることができる。
5. 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。
6. 被保険者等に次に掲げる事項を周知するものとする。
(1)　被保険者証の交付を受けたときは、大切に保管すること。
(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、必ず被保険者証を窓口で提出すること。
(3)　診療を受けるときに支払う金額は、保険診療の費用(入院時の食事療養に要する費用を除く。)に表面に示す割合を乗じた額であること。
(4)　被保険者の資格を喪失したときには、直ちに被保険者証を組合に返還すること。
(5)　被保険者証の記載事項に変更があったときは、14 日以内に、被保険者証を添えて、組合にその旨を届け出ること。
(6)　有効期限を経過したときは、被保険者証を使用することはできないので、速やかに、組合に提出して、検認又は更新を受けること。
(7)　不正に被保険者証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあること。
(8)　特別の事情がないのに保険料を滞納した場合、被保険者証を返還していただくことがあること。また、特別の事情がないのに納期限から 1 年間経過しても保険料を滞納している場合、被保険者証を返還していただくこと。

様式第一号の三（第六条関係）

（裏面）

注意事項

1　この証で診療を受けるときは、診療費用の全額を支払ってください。

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、必ずこの証をその窓口で渡してください。

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○で囲んでください。

1．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。

2．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。

3．私は、臓器を提供しません。

《1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。》

【　心臓・肺・肝臓・腎臓（じん）・膵臓（すい）・小腸・眼球　】

〔特記欄：　　〕

署名年月日：　　年　　月　　日

本人署名（自筆）：　　家族署名（自筆）：

（表面）

○○都道府県国民健康保険
被保険者資格証明書

有効期限　　年　　月　　日まで

交付年月日　　年　　月　　日交付

| | | | |
|---|---|---|---|
| 記号 | | 番号 | （枝番） |
| 世帯主 | 住所 | | |
| | 氏名 | | 男・女 |
| 被保険者 | 氏名 | | 男・女 |
| | 生年月日 | 年　月　日 | |
| 交付者 | 保険者番号並びに交付者の名称及び印 | | |

備　考

1．大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。

2．必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができること。

3．別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

4．被保険者等に次に掲げる事項を周知するものとする。

(1)　滞納している保険料（税）を納付したときは、被保険者証が交付されること。

(2)　災害等の特別な事情が生じたときや、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の自立支援医療等の公費負担医療を受けることができるに至ったときは、速やかに申し出ること。

(3)　被保険者の資格を喪失したときは、直ちに、被保険者資格証明書を市町村に返還すること。また、転出の届出をする際には、被保険者資格証明書を添えること。

(4)　被保険者資格証明書の記載事項に変更があったときは、14日以内に、被保険者資格証明書を添えて、市町村にその旨を届け出ること。

(5)　有効期限を経過したときは、被保険者資格証明書を使用することはできないため、速やかに、市町村に提出して、検認又は更新を受けること。

(6)　不正に被保険者資格証明書を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあること。

様式第一号の三の二（第六条関係）

（裏面）

注意事項

1　この証で診療を受けるときは、診療費用の全額を支払ってください。

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、必ずこの証をその窓口で渡してください。

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○で囲んでください。

1．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。

2．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。

3．私は、臓器を提供しません。

《1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。》

【　心臓・肺・肝臓・腎臓（じん）・膵臓（すい）・小腸・眼球　】

〔特記欄：　　〕

署名年月日：　　年　　月　　日

本人署名（自筆）：　　家族署名（自筆）：

（表面）

国民健康保険被保険者資格証明書

有効期限　　年　　月　　日まで

交付年月日　　年　　月　　日交付

| | | | |
|---|---|---|---|
| 記号 | | 番号 | （枝番） |
| 組合員 | 住所 | | |
| | 氏名 | | 男・女 |
| 被保険者 | 氏名 | | 男・女 |
| | 生年月日 | 年　月　日 | |
| 保険者 | 保険者番号並びに保険者の名称及び印 | | |

備　考

1．大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。

2．必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができること。

3．別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

4．被保険者等に次に掲げる事項を周知するものとする。

(1)　滞納している保険料を納付したときは、被保険者証が交付されること。

(2)　災害等の特別な事情が生じたときや、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の自立支援医療等の公費負担医療を受けることができるに至ったときは、速やかに申し出ること。

(3)　被保険者の資格を喪失したときは、直ちに、被保険者資格証明書を組合に返還すること。

(4)　被保険者資格証明書の記載事項に変更があったときは、14日以内に、被保険者資格証明書を添えて、組合にその旨を届け出ること。

(5)　有効期限を経過したときは、被保険者資格証明書を使用することはできないため、速やかに、組合に提出して、検認又は更新を受けること。

(6)　不正に被保険者資格証明書を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあること。

様式第一号の四（第七条の四関係）

（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. 保険医療機関等について診療を受けようとするときは、被保険者証とともに必ずこの証をその窓口で渡してください。

3. 被保険者の資格がなくなったとき又はこの証の有効期限に至ったときには、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. 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。

5. 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。

備　考

（表面）

○○都道府県国民健康保険
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 | | 男・女 |
| 対象被保険者 | 氏　名 | | 男・女 |
| | 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 | | | |

備考　1. この証は、対象被保険者1人ごとに作成すること。

2. この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。

3. 必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができること。

4. 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

様式第一号の四の二（第七条の四関係）

（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. 保険医療機関等について診療を受けようとするときは、被保険者証とともに必ずこの証をその窓口で渡してください。

3. 被保険者の資格がなくなったとき又はこの証の有効期限に至ったときには、直ちにこの証を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. 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、組合にその旨を届け出てください。

5. 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。

備　考

（表面）

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） |
| 組合員 | 住　所 | | | |
| | 氏　名 | | | 男・女 |
| 対象被保険者 | 氏　名 | | | 男・女 |
| | 生年月日 | 年　月　日 | | |
| 一部負担金の割合 | | | | |
| 発効期日 | | 年　月　日 | | |
| 保険者番号並びに保険者の名称及び印 | | | | |

備考　1. この証は、対象被保険者1人ごとに作成すること。

2. この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。

3. 必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができること。

4. 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

様式第一号の五（第七条の四関係）

（表　面）

○　○　都　道　府　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　　性　別
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
世帯主氏名
住　所
保険者番号　　□□□□□□

交　付　者　名　　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. 保険医療機関等について診療を受けようとするときは、被保険者証とともに必ずこの証をその窓口で渡してください。

3. 被保険者の資格がなくなったとき又はこの証の有効期限に至ったときには、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. 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。

5. 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。

備　考

備　考　1. プラスチックその他の材料を用い、使用に十分耐えうるものとする。
2. 大きさは、縦54ミリメートル、横86ミリメートルとする。
3. 必要があるときは、横書きの文字を縦書きで表示することその他所要の変更又は調整を加えることができる。
4. 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

様式第一号の五の二（第七条の四関係）

（表　面）

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　　性　別
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
組合員氏名
住　所
保険者番号
保険者名　　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. 保険医療機関等について診療を受けようとするときは、被保険者証とともに必ずこの証をその窓口で渡してください。

3. 被保険者の資格がなくなったとき又はこの証の有効期限に至ったときには、直ちにこの証を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. 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、組合にその旨を届け出てください。

5. 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。

備　考

備　考　1. プラスチックその他の材料を用い、使用に十分耐えうるものとする。
2. 大きさは、縦54ミリメートル、横86ミリメートルとする。
3. 必要があるときは、横書きの文字を縦書きで表示することその他所要の変更又は調整を加えることができる。
4. 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

様式第一号の六（第二十六条の三関係）

（表面）

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ○○都道府県国民健康保険<br>食事療養標準負担額減額認定証<br><br>有効期限　　年　　月　　日<br>交付年月日　　年　　月　　日 | | | | |
| 記　号 | | 番　号 | （枝番） | |
| 世帯主 | 住　所 | | | |
| | 氏　名 | | | 男・女 |
| 減額対象者 | 氏　名 | | | 男・女 |
| | 生年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 発効期日 | 年　　月　　日 | | | |
| 長期入院該当 | 年　　月　　日から | 交付者印 | | |
| 保険者番号並びに交付者の名称及び印 | | | | |

様式第一号の六から様式第一号の九の二までを次のように改める。

（裏面）

注　意　事　項

一　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　保険医療機関等について入院をするときは、被保険者証とともに必ずこの証をその窓口で渡してください。

三　被保険者の資格がなくなったとき、減額認定の条件に該当しなくなったとき又は食事療養減額認定証の有効期限に至ったときは、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　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。

五　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。

備考

1　この証は、減額対象者1人ごとに作成すること。

2　「有効期限」欄には、この証が無効となる日の前日を記載すること。

3　この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。

4　別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

様式第一号の六の二（第二十六条の三関係）

（表面）

国民健康保険食事療養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） | |
| 組合員 | 住　所 | | | |
| | 氏　名 | | | 男・女 |
| 減額対象者 | 氏　名 | | | 男・女 |
| | 生年月日 | 年　月　日 | | |
| 発効期日 | | 年　月　日 | | |
| 長期入院該当 | | 年　月　日から | 保険者印 | |
| 保険者番号並びに保険者の名称及び印 | | | | |

（裏面）

注　意　事　項

一　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　保険医療機関等について入院をするときは、被保険者証とともに必ずこの証をその窓口で渡してください。

三　被保険者の資格がなくなったとき、減額認定の条件に該当しなくなったとき又は食事療養減額認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を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。

四　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、組合にその旨を届け出てください。

五　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。

備考

1　この証は、減額対象者1人ごとに作成すること。

2　「有効期限」欄には、この証が無効となる日の前日を記載すること。

3　この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。

4　別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

様式第一号の六の三（第二十六条の六の四関係）

（表面）

○○都道府県国民健康保険
生活療養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 | | 男・女 |
| 減額対象者 | 氏名 | | 男・女 |
| | 生年月日 | 年　月　日 | |
| 発効期日 | | 年　月　日 | |
| 長期入院該当 | | 年　月　日から | 交付者印 |
| 保険者番号並びに交付者の名称及び印 | | | |

（裏面）

注意事項

一　この証によって入院の際に生活療養を受ける場合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。

二　保険医療機関等について入院をするときは、被保険者証とともに必ずこの証をその窓口で渡してください。

三　被保険者の資格がなくなったとき、減額認定の条件に該当しなくなったとき又は生活療養減額認定証の有効期限に至ったときは、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　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。

五　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。

備　考

1　この証は、減額対象者1人ごとに作成すること。
2　「有効期限」欄には、この証が無効となる日の前日を記載すること。
3　この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。
4　別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

様式第一号の六の四（第二十六条の六の四関係）

（表面）

国民健康保険生活療養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） |
| 組合員 | 住所 | | |
| | 氏名 | | 男・女 |
| 減額対象者 | 氏名 | | 男・女 |
| | 生年月日 | 年　月　日 | |
| 発効期日 | | 年　月　日 | |
| 長期入院該当 | | 年　月　日から | 保険者印 |
| 保険者番号並びに保険者の名称及び印 | | | |

（裏面）

注意事項

一　この証によって入院の際に生活療養を受ける場合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。

二　保険医療機関等について入院をするときは、被保険者証とともに必ずこの証をその窓口で渡してください。

三　被保険者の資格がなくなったとき、減額認定の条件に該当しなくなったとき又は生活療養減額認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を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。

四　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、組合にその旨を届け出てください。

五　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。

備　考

1　この証は、減額対象者1人ごとに作成すること。
2　「有効期限」欄には、この証が無効となる日の前日を記載すること。
3　この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。
4　別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

様式第一号の七（第二十七条の十三関係）

（表面）

○○都道府県国民健康保険
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 | | | 男・女 |
| | 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 | | | | |

（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ことになります。

二　保険医療機関等について認定疾病に係る診療を受けようとするときは、被保険者証とともに必ずこの証をその窓口で渡してください。

三　被保険者の資格がなくなったとき、自己負担限度額が変更されたとき又は特定疾病療養受療証の有効期限に至ったときは、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。

四　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。

五　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。

備　考

1. この証は、被保険者1人ごとに作成すること。
2.「発効期日」欄には、この証が有効となる年月日を記載すること。
3.「有効期限」欄には、この証が無効となる日の前日を記載すること。
4. HIV、血友病、人工透析(70歳以上)に係る特定疾病療養受療証における「有効期限」の欄には、「＊＊年＊＊月＊＊日」と記載すること。
5.「自己負担限度額」の欄には、「1万円」又は「2万円」と記載すること。
6. この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。
7. 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

様式第一号の七の二（第二十七条の十三関係）

（表面）

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 | | | 男・女 |
| | 生年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 発効期日 | | 年　　月　　日 | | |
| 自己負担限度額 | | | | |
| 保険者番号並びに保険者の名称及び印 | | | | |

（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ことになります。

二　保険医療機関等について認定疾病に係る診療を受けようとするときは、被保険者証とともに必ずこの証をその窓口で渡してください。

三　被保険者の資格がなくなったとき、自己負担限度額が変更されたとき又は特定疾病療養受療証の有効期限に至ったときは、直ちに、この証を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。

四　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、組合にその旨を届け出てください。

五　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。

備　考

1. この証は、被保険者1人ごとに作成すること。
2.「発効期日」欄には、この証が有効となる年月日を記載すること。
3.「有効期限」欄には、この証が無効となる日の前日を記載すること。
4. HIV、血友病、人工透析(70歳以上)に係る特定疾病療養受療証における「有効期限」の欄には、「＊＊年＊＊月＊＊日」と記載すること。
5.「自己負担限度額」の欄には、「1万円」又は「2万円」と記載すること。
6. この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。
7. 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

様式第一号の八（第二十七条の十四の二関係）

（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ついて療養を受けるときは、被保険者証とともに必ずこの証をその窓口で渡してください。
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、この証の有効期限に至ったとき、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. 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。
5. 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。

備　考

（表面）

○○都道府県国民健康保険
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 | | | 男・女 |
| 対象者用 | 氏　名 | | | 男・女 |
| | 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 | | | | |

備考　1. この証は、対象者1人ごとに作成すること。
2. 適用区分欄には、適用対象者が国民健康保険法施行令第29条の3第1項第2号又は第3項第2号に該当する場合は「ア」と、同条第1項第3号又は第3項第3号に該当する場合は「イ」と、同条第1項第1号又は第3項第1号に該当する場合は「ウ」と、同条第1項第4号又は第3項第4号に該当する場合は「エ」と、同条第1項第5号又は第3項第5号に該当する場合は「オ」と記載すること。
3. 2に該当する者のうち、健康保険法施行規則第62条の3第6号に該当する場合は「オ(境)」と記載すること。
4. この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。
5. 必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができること。
6. 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

様式第一号の八の二（第二十七条の十四の二関係）

（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ついて療養を受けるときは、被保険者証とともに必ずこの証をその窓口で渡してください。
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、この証の有効期限に至ったとき、又は世帯主が保険料を滞納したため組合が当該証の返還を求めたときは、直ちにこの証を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. 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、組合にその旨を届け出てください。
5. 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。

備　考

（表面）

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） |
| 組合員 | 住　所 | | | |
| | 氏　名 | | | 男・女 |
| 対象者用 | 氏　名 | | | 男・女 |
| | 生年月日 | 年　月　日 | | |
| 発効期日 | | 年　月　日 | | |
| 適用区分 | | | | |
| 保険者番号並びに保険者の名称及び印 | | | | |

備考　1. この証は、対象者1人ごとに作成すること。
2. 適用区分欄には、適用対象者が国民健康保険法施行令第29条の3第1項第2号又は第3項第2号に該当する場合は「ア」と、同条第1項第3号又は第3項第3号に該当する場合は「イ」と、同条第1項第1号又は第3項第1号に該当する場合は「ウ」と、同条第1項第4号又は第3項第4号に該当する場合は「エ」と、同条第1項第5号又は第3項第5号に該当する場合は「オ」と記載すること。
3. 2に該当する者のうち、健康保険法施行規則第62条の3第6号に該当する場合は「オ(境)」と記載すること。
4. この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。
5. 必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができること。
6. 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

様式第一号の八の三(第二十七条の十四の四関係)

（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ついて療養を受けるときは、被保険者証とともに必ずこの証をその窓口で渡してください。
3. 被保険者の資格がなくなったとき、記載された適用区分に該当しなくなったとき、又はこの証の有効期限に至ったときは、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. 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。
5. 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。

備　考

（表面）

○○都道府県国民健康保険
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 | | | 男・女 |
| 適用対象者 | 氏　名 | | | 男・女 |
| | 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 | | | | |

備考　1. この証は、対象者1人ごとに作成すること。
2. 適用区分欄には、適用対象者が国民健康保険法施行令第29条の3第4項第3号又は第5項第3号に該当する場合は「現役並みⅡ」と、同条第4項第4号又は第5項第4号に該当する場合は「現役並みⅠ」と、同条第4項第5号又は第5項第5号に該当する場合は「低Ⅱ」と、同条第4項第6号又は第5項第6号に該当する場合は「低Ⅰ」と記載すること。
3. 2に該当する者のうち、健康保険法施行規則第62条の3第6号に該当する場合は「オ(境)」と記載すること。
4. この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。
5. 必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができること。
6. 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

様式第一号の八の四(第二十七条の十四の四関係)

（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ついて療養を受けるときは、被保険者証とともに必ずこの証をその窓口で渡してください。
3. 被保険者の資格がなくなったとき、記載された適用区分に該当しなくなったとき、又はこの証の有効期限に至ったときは、直ちにこの証を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. 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、組合にその旨を届け出てください。
5. 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。

備　考

（表面）

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） | |
| 組合員 | 住　所 | | | |
| | 氏　名 | | | 男・女 |
| 対象者用 | 氏　名 | | | 男・女 |
| | 生年月日 | 年　月　日 | | |
| 発効期日 | | 年　月　日 | | |
| 適用区分 | | | | |
| 保険者番号並びに保険者の名称及び印 | | | | |

備考　1. この証は、対象者1人ごとに作成すること。
2. 適用区分欄には、適用対象者が国民健康保険法施行令第29条の3第4項第3号又は第5項第3号に該当する場合は「現役並みⅡ」と、同条第4項第4号又は第5項第4号に該当する場合は「現役並みⅠ」と、同条第4項第5号又は第5項第5号に該当する場合は「低Ⅱ」と、同条第4項第6号又は第5項第6号に該当する場合は「低Ⅰ」と記載すること。
3. 2に該当する者のうち、健康保険法施行規則第62条の3第6号に該当する場合は「オ(境)」と記載すること。
4. この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。
5. 必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができること。
6. 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

様式第一号の九（第二十七条の十四の五関係）

（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、別に厚生労働大臣が定める減額された額となります。
2. 療養を受けるときは、被保険者証及び高齢受給者証とともに必ずこの証をその窓口で渡してください。
3. 被保険者の資格がなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき、又はこの証の有効期限に至ったときには、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. 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。
5. 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。

備　考

（表面）

○○都道府県国民健康保険
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 | | | 男・女 |
| 適用・減額対象者 | 氏　名 | | | 男・女 |
| | 生年月日 | 年　月　日 | | |
| 発効期日 | | 年　月　日 | | |
| 適用区分 | | | | |
| 長期入院該当年月日 | 年　月　日 | 交付者印 | | |
| 保険者番号並びに交付者の名称及び印 | | | | |

備考　1. この証は、対象者1人ごとに作成すること。
2. 適用区分欄には、適用対象者が国民健康保険法施行令第29条の3第4項第6号に該当する場合は「Ⅰ」と、同項第5号に該当する場合は「Ⅱ」と記載すること。
3. 2に該当する者のうち、健康保険法施行規則第62条の3第6号に掲げる者である場合は、適用区分欄に、「Ⅰ（境）」と記載すること。
4. この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。
5. 必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができること。
6. 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

様式第一号の九の二（第二十七条の十四の五関係）

（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、別に厚生労働大臣が定める減額された額となります。
2. 療養を受けるときは、被保険者証及び高齢受給者証とともに必ずこの証をその窓口で渡してください。
3. 被保険者の資格がなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき、又はこの証の有効期限に至ったときには、直ちにこの証を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. 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、組合にその旨を届け出てください。
5. 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。

備　考

（表面）

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） | |
| 組合員 | 住　所 | | | |
| | 氏　名 | | | 男・女 |
| 適用・減額対象者 | 氏　名 | | | 男・女 |
| | 生年月日 | 年　月　日 | | |
| 発効期日 | | 年　月　日 | | |
| 適用区分 | | | | |
| 長期入院該当年月日 | 年　月　日 | 保険者印 | | |
| 保険者番号並びに保険者の名称及び印 | | | | |

備考　1. この証は、対象者1人ごとに作成すること。
2. 適用区分欄には、適用対象者が国民健康保険法施行令第29条の3第4項第6号に該当する場合は「Ⅰ」と、同項第5号に該当する場合は「Ⅱ」と記載すること。
3. 2に該当する者のうち、健康保険法施行規則第62条の3第6号に掲げる者である場合は、適用区分欄に、「Ⅰ（境）」と記載すること。
4. この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。
5. 必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができること。
6. 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

様式第七号（附則第七条関係）

（表　面）

○○都道府県
国民健康保険
被保険者証

有効期限　　年　　月　　日

（被　保　険　者）　　㊒

記　号　　番　号　　（枝番）

氏　名　　性　別

生　年　月　日　　年　　月　　日

適用年月日　　年　　月　　日

交付年月日　　年　　月　　日

世帯主氏名

住　所

保険者番号

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

交付者名　　印

様式第七号及び様式第七号の二を次のように改める。

（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は、必ずこの証をその窓口で渡してください。

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○で囲んでください。

1．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。

2．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。

3．私は、臓器を提供しません。

《1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。》

【　心臓・肺（じん）・肝臓・腎臓・膵（すい）臓・小腸・眼球　】

〔特記欄：　　〕

署名年月日：　　年　　月　　日

本人署名（自筆）：　　家族署名（自筆）：

備考　1．プラスチックその他の材料を用い、使用に十分耐え得るものとする。

2．大きさは、縦54ミリメートル、横86ミリメートルとする。

3．一部負担金の割合を減じている保険者については、表面に「一部負担金の割合」欄を設け、その一部負担割合を表示する。

4．必要があるときは、横書きの文字を縦書きで表示することその他所要の変更又は調整を加えることができる。

5．別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

6．被保険者等に次に掲げる事項を周知するものとする。

(1)　被保険者証の交付を受けたときは、大切に保管すること。

(2)　被保険者の資格を喪失したとき又は65歳の誕生日の属する月の翌月（誕生日が月の初日である場合はその月）に至ったときには、直ちに被保険者証を市町村に返還すること。また、転出の届出をする際には、被保険者証を添えること。

(3)　被保険者証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、被保険者証を添えて、市町村にその旨を届け出ること。

(4)　有効期限を経過したときは、被保険者証を使用することはできないので、速やかに、市町村に提出して、検認又は更新を受けること。

(5)　不正に被保険者証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあること。

(6)　特別の事情がないのに保険料（税）を滞納した場合、被保険者証を返還していただくこと。また、特別の事情がないのに納期限から1年間経過しても保険料（税）を滞納している場合、被保険者証を返還していただくこと。

様式第七号の二（附則第七条関係）

（表　面）

○○都道府県
国民健康保険
被保険者証

有効期限　　年　　月　　日

（被　扶　養　者）　　㊦

記　号　　番　号　　（枝番）

氏　名　　性　別

生　年　月　日　　年　　月　　日

適用年月日　　年　　月　　日

交付年月日　　年　　月　　日

世帯主氏名

住　所

保険者番号

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

交付者名　　印

（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は、必ずこの証をその窓口で渡してください。

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○で囲んでください。

1．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。

2．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。

3．私は、臓器を提供しません。

《1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。》

【　心臓・肺・肝臓・腎臓（じん）・膵臓（すい）・小腸・眼球　】

〔特記欄：　　〕

署名年月日：　　年　　月　　日

本人署名（自筆）：　　家族署名（自筆）：

備考　1．プラスチックその他の材料を用い、使用に十分耐え得るものとする。

2．大きさは、縦54ミリメートル、横86ミリメートルとする。

3．一部負担金の割合を減じている保険者については、表面に「一部負担金の割合」欄を設け、その一部負担割合を表示する。

4．必要があるときは、横書きの文字を縦書きで表示することその他所要の変更又は調整を加えることができる。

5．別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

6．被保険者等に次に掲げる事項を周知するものとする。

(1)　被保険者証の交付を受けたときは、大切に保管すること。

(2)　診療を受けるときに支払う金額は、義務教育就学前（6歳の誕生日の前日以後の最初の3月31日まで）の場合は、保険診療の費用（入院時の食事療養に要する費用を除く。）の2割であること。

(3)　被保険者の資格を喪失したとき又は65歳の誕生日の属する月の翌月（誕生日が月の初日である場合はその月）に至ったときには、直ちに被保険者証を市町村に返還すること。また、転出の届出をする際には、被保険者証を添えること。

(4)　被保険者証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、被保険者証を添えて、市町村にその旨を届け出ること。

(5)　有効期限を経過したときは、被保険者証を使用することはできないので、速やかに、市町村に提出して、検認又は更新を受けること。

(6)　不正に被保険者証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあること。

(7)　特別の事情がないのに保険料（税）を滞納した場合、被保険者証を返還していただくこと。また、特別の事情がないのに納期限から1年間経過しても保険料（税）を滞納している場合、被保険者証を返還していただくこと。

（高齢者の医療の確保に関する法律施行規則の一部改正）

**第四条**　高齢者の医療の確保に関する法律施行規則（平成十九年厚生労働省令第百二十九号）の一部を次のように改正する。

様式第三号を次のように改める。

様式第三号（第十七条第二項関係）

（裏面）

注意事項

1　この証で診療を受けるときには、診療費用の全額を支払ってください。

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

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○で囲んでください。

1. 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。

2. 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。

3. 私は、臓器を提供しません。

《1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。》

【心臓・肺・肝臓・腎臓（じん）・膵臓（すい）・小腸・眼球】

〔特記欄：　　〕

署名年月日：　　年　　月　　日

本人署名（自筆）：

家族署名（自筆）：

（表面）

後期高齢者医療被保険者資格証明書

有効期限　　年　　月　　日まで

交付年月日　　年　　月　　日交付

| | | | |
|---|---|---|---|
| 記号・番号 | | | |
| 被保険者 | 住　所 | | |
| | 氏　名 | | 男・女 |
| | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 保険者 | 保険者番号並びに保険者の名称及び印 | | |

備　考

1　この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。

2　必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができること。

3　別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができること。

4　被保険者等に次に掲げる事項を周知すること。

(1)　滞納している保険料を納付したときは、被保険者証が交付されること。

(2)　災害等の特別な事情が生じたときや、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の自立支援医療等の公費負担医療を受けることができるに至ったときは、速やかに申し出ること。

(3)　被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、後期高齢者医療被保険者資格証明書を市町村に返還すること。また、転出の届出をする際には、後期高齢者医療被保険者資格証明書を添えること。

(4)　この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、後期高齢者医療被保険者資格証明書を添えて、後期高齢者医療広域連合あての届書を、市町村に提出すること。

(5)　有効期限を経過したときは、後期高齢者医療被保険者資格証明書を使用することはできないため、速やかに、市町村に提出して、後期高齢者医療広域連合の検認又は更新を受けること。

(6)　不正に後期高齢者医療被保険者資格証明書を使用した者は、刑法（明治40年法律第45号）により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあること。

**附　則**

（施行期日）

**第一条**　この省令は、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（令和元年法律第九号）附則第一条第四号の政令で定める日から施行する。

（経過措置）

**第二条**　この省令による改正前のそれぞれの省令で定める様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この省令による改正後のそれぞれの省令で定める様式によるものとみなす。

2　旧様式による用紙については、合理的に必要と認められる範囲内で、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

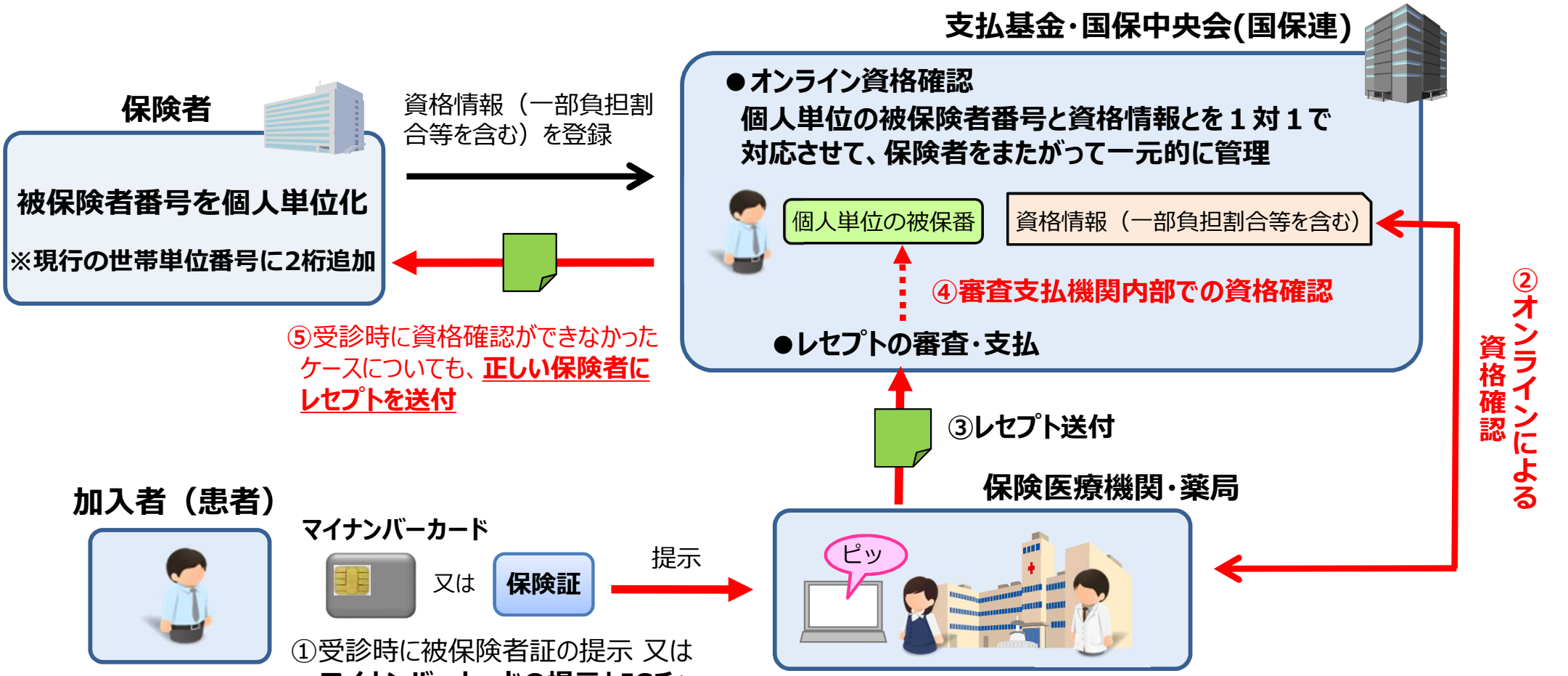
# オンライン資格確認等システムの検討状況

平成30年12月

厚生労働省保険局

# 被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認等のイメージ

【導入により何が変わるのか】
①失効保険証の利用による過誤請求や保険者の未収金が大幅に減少
②保険者における高額療養費の限度額適用認定証の発行等を大幅に削減

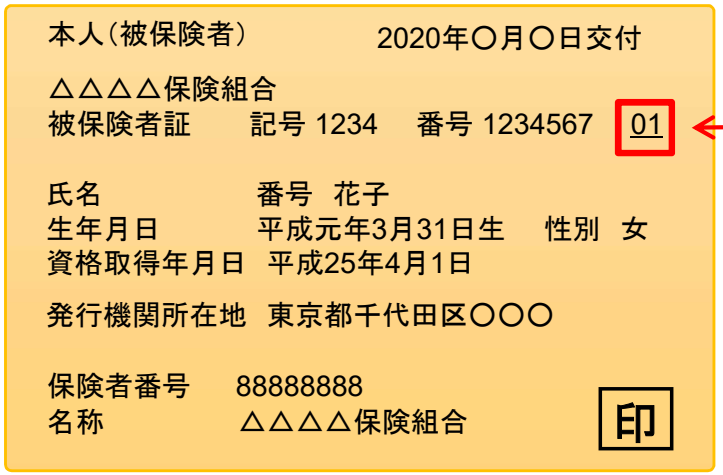



※マイナンバーカードの資格確認対応の医療機関・薬局では、保険者が変わっても、マイナンバーカードのみで受診等が可能（保険証を持参する必要がない）。

※オンライン資格確認を実施しない医療機関・薬局の場合、現在の事務手続き等が変わるということはない。

# 個人単位の２桁番号付きの保険証様式（イメージ）

○　新規発行の保険証について、個人を識別する２桁の番号を追加する。




現行の保険証の記載内容に
２桁の番号を新たに追加

※後期高齢者医療制度は個人単位なので、
保険証は変更しない

○　発行済の保険証は、２桁番号がなくても使用できることとし、回収・再発行を不要とする。

※　医療機関・薬局では、患者が２桁番号がない保険証を提示した場合、２桁番号なしでレセプト請求できる。レセコン改修が間に合わなかった場合も、改修までの間、２桁番号なしで請求できることとする。（当分の間）

**＜個人単位の２桁番号の付番、レセプト請求のスケジュール：イメージ＞**

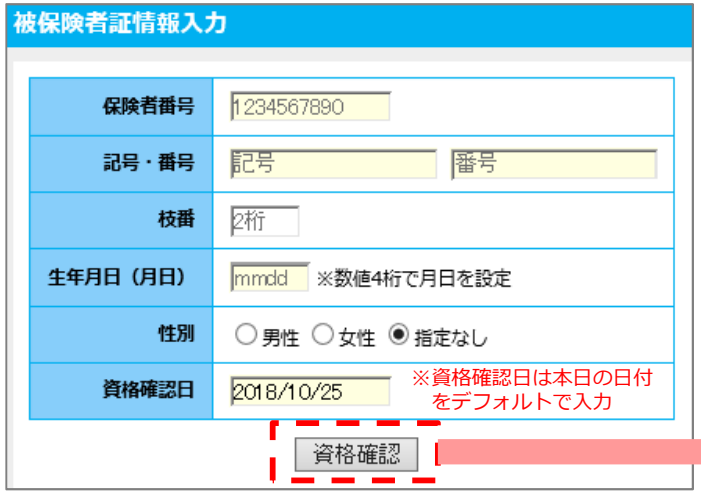
| | |
|---|---|
| 2020年秋頃～ | 保険者で個人単位の２桁番号を付番、資格確認システムに登録 |
| 2021年３月頃～ | マイナンバーカードによるオンライン資格確認の開始 |
| ４月頃～ | 新規発行の保険証に２桁の番号を追加（全保険者） |
| ５月頃～ | 保険証によるオンライン資格確認の開始 |
| 10月頃～ | ２桁の番号を付してレセプト請求を開始（9月診療分、10月請求分～） |

# 医療機関・薬局における保険証を利用した資格確認（イメージ）

○ 保険証に２桁番号がない場合でも、記号・番号、生年月日により資格情報を特定して表示できるようにする。

■**入力画面**（券面に記載された情報を入力）

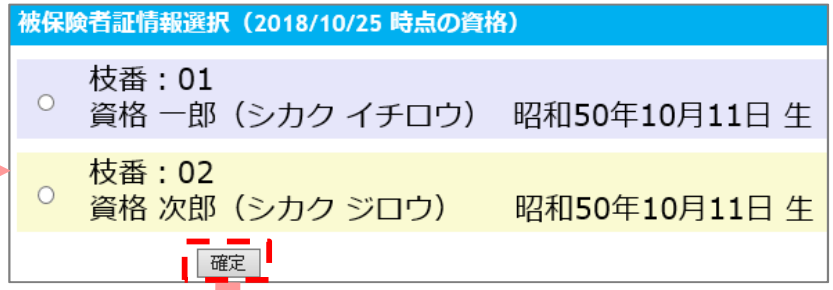
※2018年10月25日に医療機関を初めて受診した場合




※月日の４桁の数字は２桁番号がある場合も入力（誤入力等の防止）

**２桁番号なしの場合**

■**複数の資格が該当した場合**（双子等の場合）




券面情報や患者情報から特定

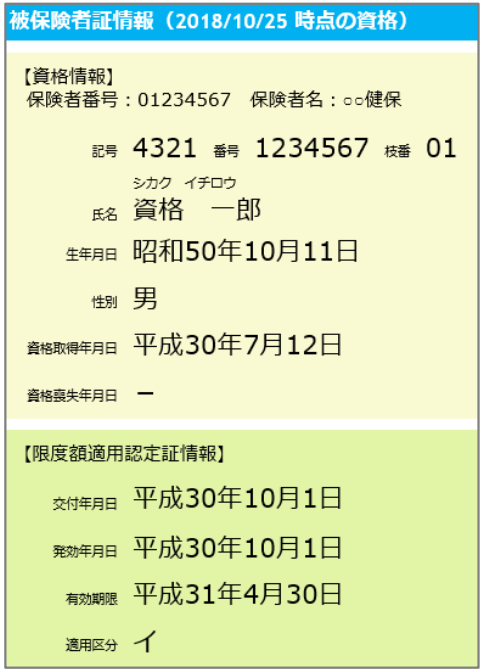
■**資格が存在しない場合**

※入力誤りの場合やタイムラグによる資格履歴未反映が考えられる。

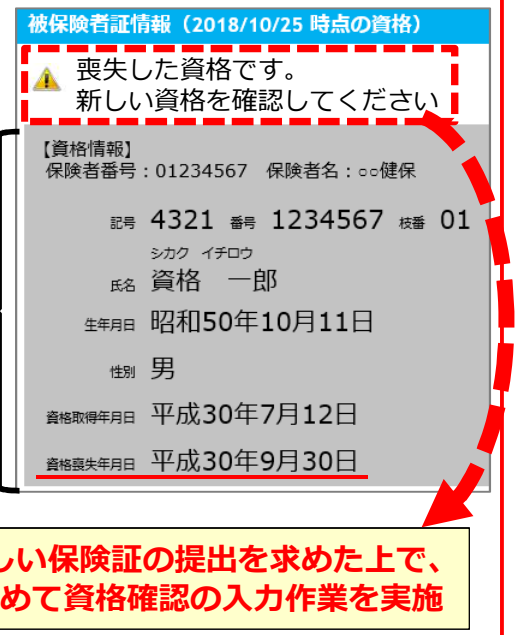
**２桁番号を入力した場合**

■**資格情報の表示パターン案**

**（資格が有効な場合）**
有効な資格情報が表示される




**（資格が喪失している場合）**
喪失している情報が表示される



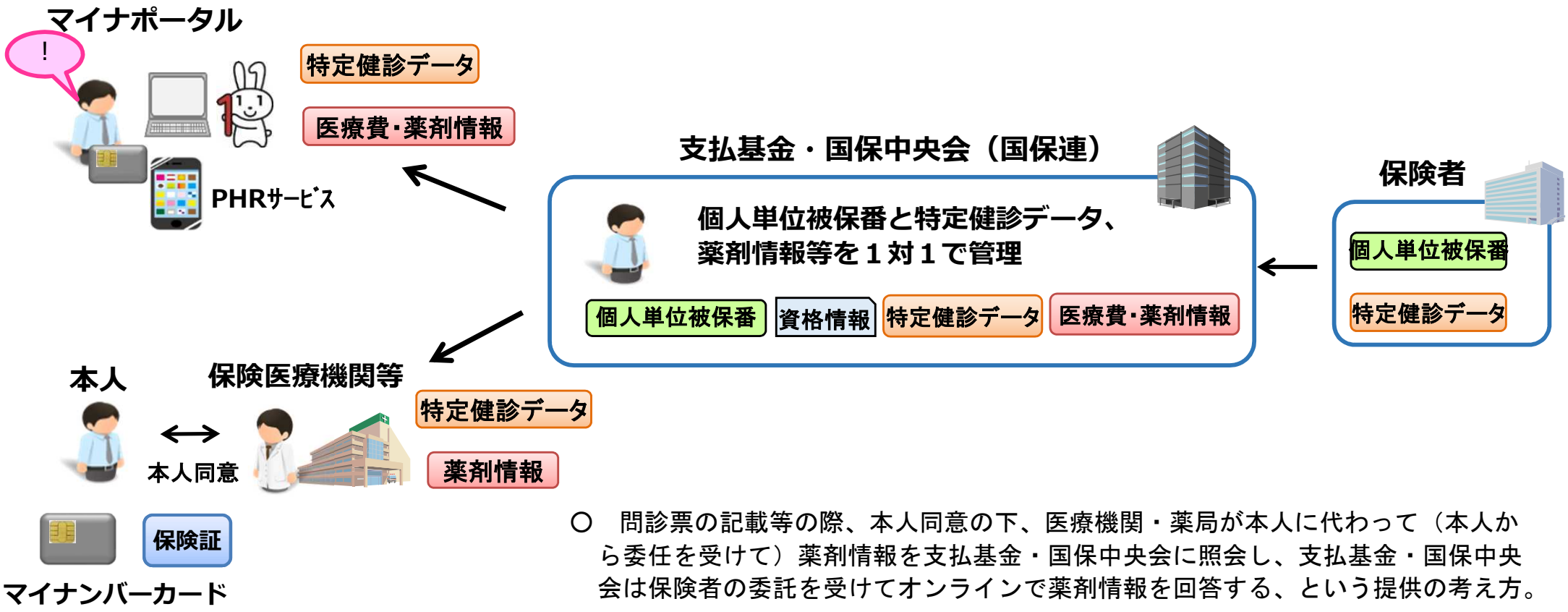

旧資格情報

**新しい保険証の提出を求めた上で、改めて資格確認の入力作業を実施**

■ マイナンバーカードによる受診の場合は、カードリーダーで読み取った患者の資格情報が画面に表示される。

# 特定健診データ、医療費・薬剤情報等の照会・提供サービスのイメージ

【導入により何が変わるのか】
○　患者本人や医療機関等において、特定健診データや薬剤情報等の経年データの閲覧が可能。
　⇒　加入者の予防・健康づくりや重複投薬の削減等が期待できる。




○　問診票の記載等の際、本人同意の下、医療機関・薬局が本人に代わって（本人から委任を受けて）薬剤情報を支払基金・国保中央会に照会し、支払基金・国保中央会は保険者の委託を受けてオンラインで薬剤情報を回答する、という提供の考え方。

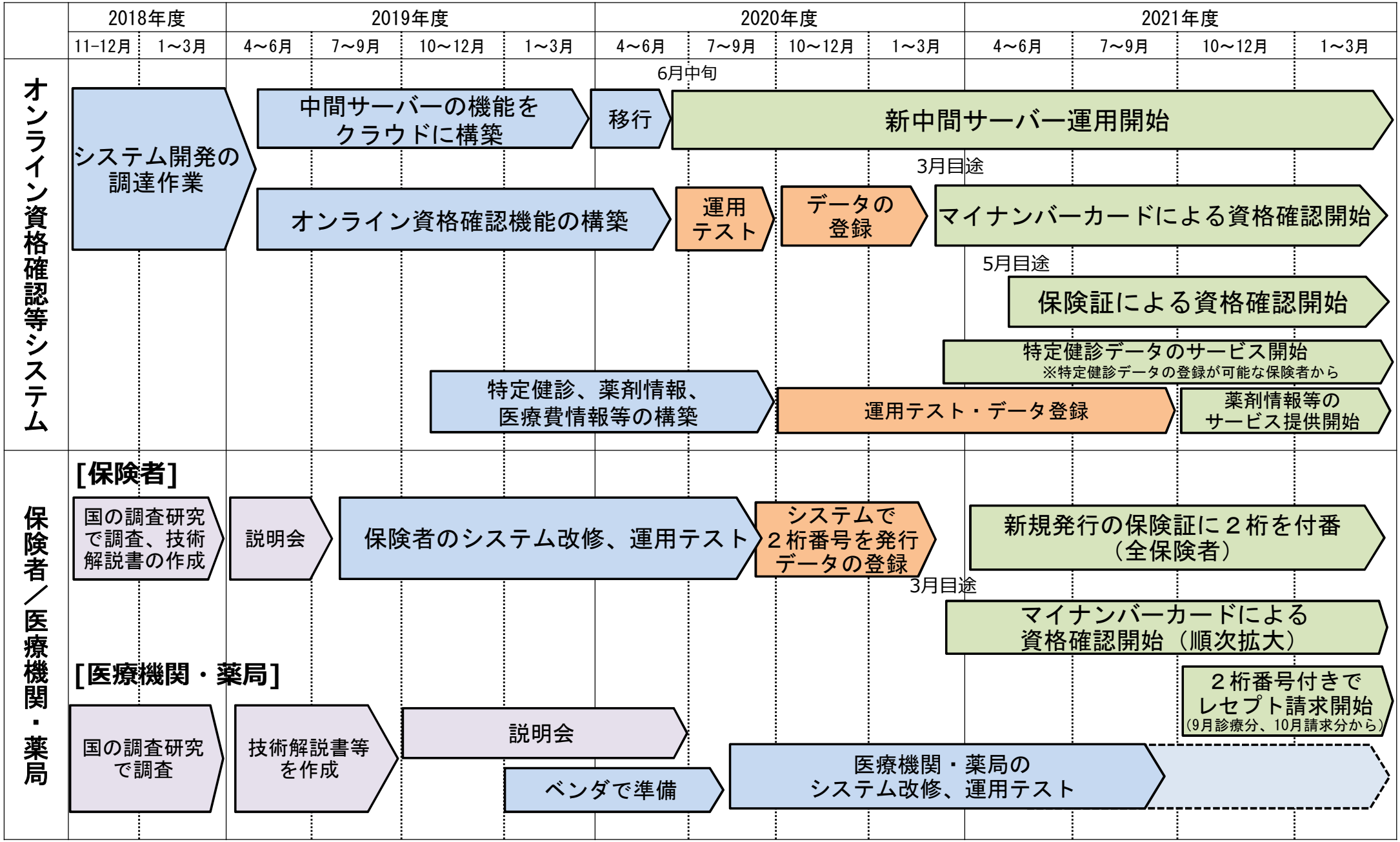
※ 保険者は本人からの照会への回答の事務を支払基金・国保中央会に委託。支払基金・国保中央会はレセプト情報から薬剤情報を抽出。

**※オンライン資格確認等の導入に当たっては、クラウドを活用することにより運営コストを縮減**

# オンライン資格確認等の導入スケジュール（イメージ）

2018年12月現在

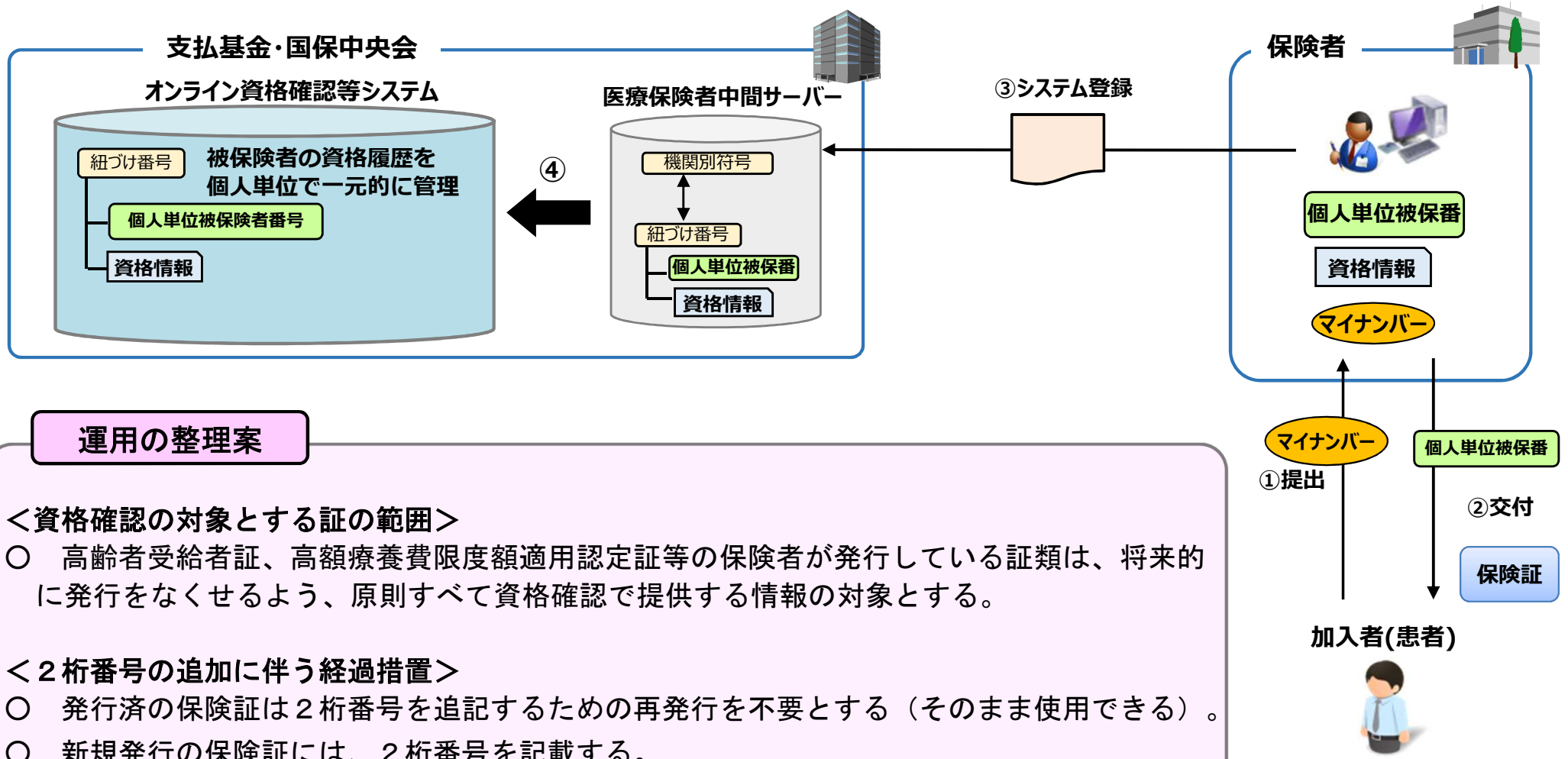
○ オンライン資格確認等の2020年度の導入に向けて、支払基金においてシステム開発の調達手続きを開始したい。



# 参考資料：オンライン資格確認等システムの運用整理案

# （2018年12月現在）

# ①保険者からオン資格等システムへの資格情報の登録まで




## 運用の整理案

**＜資格確認の対象とする証の範囲＞**

○　高齢者受給者証、高額療養費限度額適用認定証等の保険者が発行している証類は、将来的に発行をなくせるよう、原則すべて資格確認で提供する情報の対象とする。

**＜２桁番号の追加に伴う経過措置＞**

○　発行済の保険証は２桁番号を追記するための再発行を不要とする（そのまま使用できる）。

○　新規発行の保険証には、２桁番号を記載する。

**＜資格情報の登録遅れへの対応＞**

○　事業主がマイナンバーの業務を外部委託しているケースなど、加入者情報の登録の遅れを解消する運用手続きについて、保険者業務への影響等を精査しつつ検討。

# ②医療機関等でのオンラインでの資格情報の照会から入手まで

**運用の整理案**

**＜マイナンバーカードの資格確認の運用＞**

○　医療機関・薬局の窓口では、マイナンバーカードの提示を求め、顔写真を確認した上でオンライン資格確認を行うことを基本とする（マイナンバーカードは預からない）。再診のケースなど、現行制度で資格確認済みとしている場面での運用については、関係者の意見を聞きながら検討する。

**＜保険証のオンライン資格確認＞**

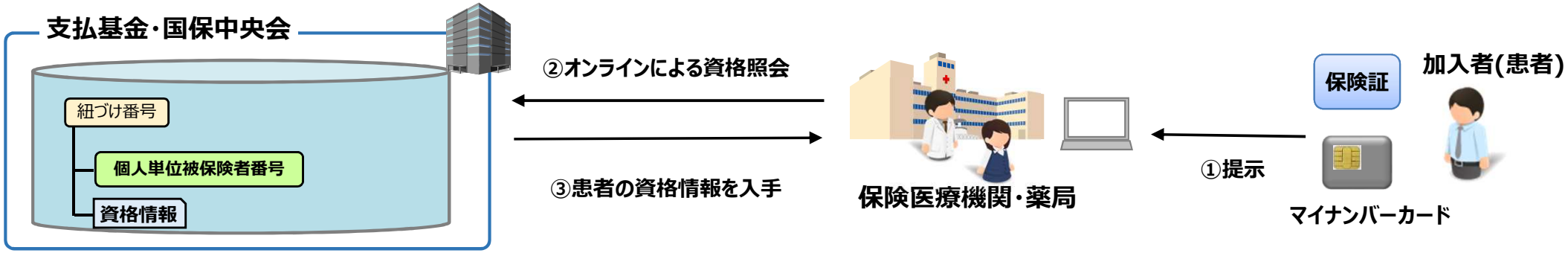
○　保険証に２桁番号がない場合でも、被保険者記号・番号、生年月日により資格情報を特定して表示できるようにする。

**＜医療機関・薬局での資格情報の確認等＞**

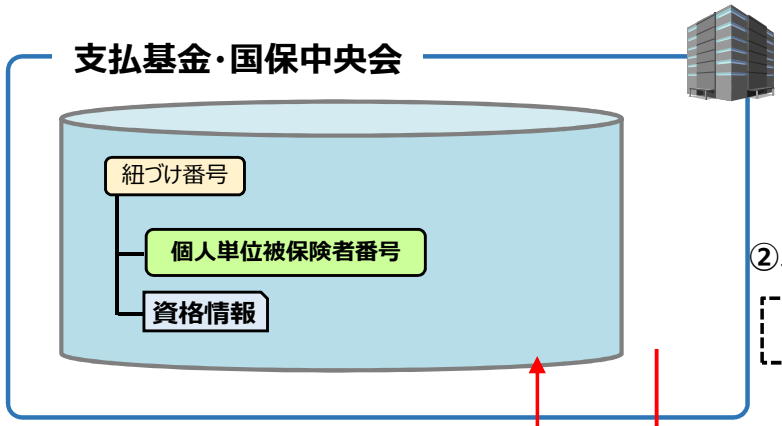
○　医療機関・薬局のシステムの形態・業務方法に応じて、オンライン資格確認システムと病院情報システムが連携して最新の資格情報をバッチ処理で回答する仕組みなど、効率的に資格情報の登録ができるようにする。

○　支払基金・国保中央会でレセプトの資格確認を行い、失効した保険証の資格情報については、支払基金・国保中央会から医療機関・薬局にも通知する。窓口での運用ルールについて、引き続き協議する。

※保険者では、現在も、保険証の返納をしない者に対し、速やかに返納するよう督促を実施している。



# ③審査支払機関でのレセプトの資格情報の確認、保険者へのレセプト送付まで

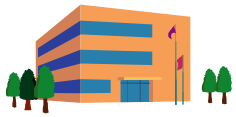



②オンライン資格確認システムでの資格確認

・Ｂ保険者の**資格登録が反映**

個人単位被保番　資格情報

**審査支払機関**
**（支払基金・国保連合会）**



③**保険者確認後のレセプトを送付**　※結果を医療機関・薬局に通知

・A保険者からB保険者に**振り替えて送付**
・**算定日をもとに**Ａ保険者とＢ保険者に**分割**（月途中の場合）

個人単位被保番

**保険医療機関・薬局**

①**レセプト送付**

窓口での資格確認時：Ａ保険者
※Ｂ保険者の**資格登録のタイムラグ**等

**被保険者の異動**

A保険者 ⇨ B保険者

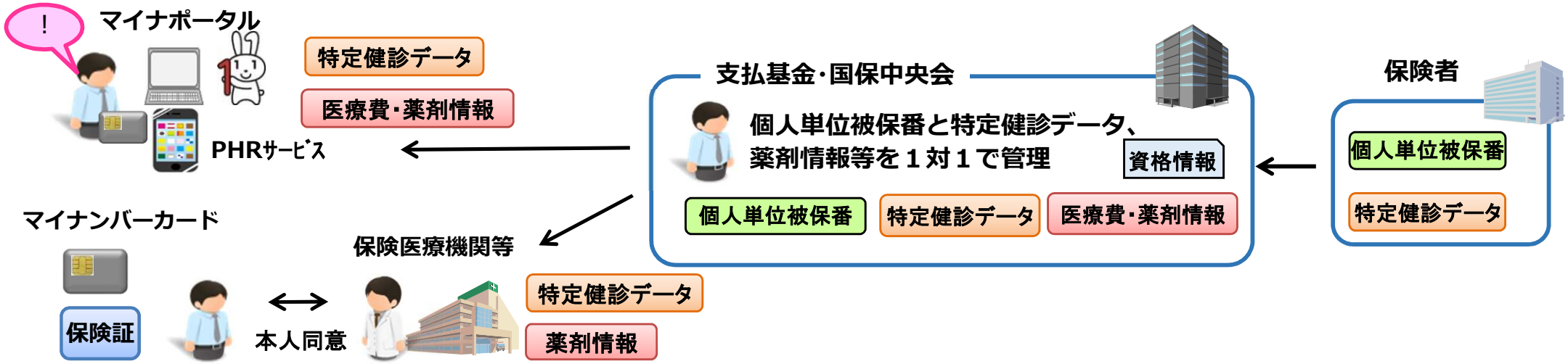
## 運用の整理案

○　受診日にＡ保険者だった者が、審査支払機関の資格確認ではＢ保険者が正しい資格情報であると確認され、その月の診療日の請求すべてがＢ保険者の資格に該当する場合は、審査支払機関においてＢ保険者にレセプトを振り替える。
　また、旧資格を喪失しているが新しい資格情報が判明しない場合には、住所情報をもとに国保に通知する。

○　月途中で資格が変わった場合（ＡとＢ保険者に分かれている場合）は、該当する算定日を受診日として取り扱い、レセプトを分割し、該当保険者（ＡとＢ保険者）に送付する（紙レセプトは分割の対象外）。

○　振替えや分割の結果は、医療機関・薬局に通知する。

# ④薬剤情報、医療費情報、特定健診データのマイナポータル等での閲覧の仕組み




## 運用の整理案

＜医療費情報＞

○　確定申告に用いる医療費通知の６項目（被保険者氏名、療養を受けた月日、療養を受けた者の氏名、療養を受けた医療機関等の名称、支払った医療費額、保険者名称）に加え、保険者の費用負担額、公費の負担額等も対象項目とするなど、保険者のニーズを踏まえたものにする。

＜薬剤情報＞

○　レセプトの医薬品情報、調剤した保険薬局名、後発品への切替え効果額を対象項目とする。処方医療機関名は、本人がマイナポータル等で閲覧可能とする。

＜マイナポータルでの閲覧の仕組み＞

○　マイナポータルによる医療費・薬剤情報の閲覧は、個人単位で情報を閲覧する仕組みを前提とする（家族は閲覧できない）。