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

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、その窓口で電子的確認を受けるか、この証を資格確認書に添えて渡してください。
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、資格確認書にこの証を添えて、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。