様式第一号の六（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

交付年月日　　年　　月　　日

記　号			番　号	
世帯主組合員	住　所			
	氏　名			男・女
減額対象者	氏　名			男・女
	生年月日	昭・平　　年　　月　　日		
発効期日		平成　　年　　月　　日		
有効期限		平成　　年　　月　　日		
長期入院該当		平成　　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、この証を市町村（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、市町村（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。