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
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）	
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ったとき又は減額認定の条件に該当しなくなったときは、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　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ったときは、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。

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。

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。