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

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

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。