

(六)

使う方への注意

- 1 初診を受けるときは、第五面のその月の欄に、確認の表示がなければなりません。
確認を受けようとするときは、健康保険被保険者手帳にこの票を添えて、交付機関に提出してください。
- 2 この票を持っている方が診療を受けられる期間は、同一の傷病について、療養の給付等の開始の日から1年(結核性疾患については、5年)です。
ただし、その後であっても、第五面に確認の表示がある月は、診療を受けられます。
- 3 保険医療機関等について診療を受けようとするときは、必ずこの票をその窓口で渡してください。この場合には、その傷病の療養が終わるまでこの票は保管されて、療養が終わってから所要の事項が記入されて返付されます。
- 4 この票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。
 - (1) 保険診療の費用((2)の費用を除く。)
 - ア 本人 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 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
- 5 この票では、業務上や通勤災害による傷病については、診療を受けられません。
- 6 不正にこの票を使用したときは、刑法で罰せられ、また、費用を返さなければなりません。

(一)

健康保険被保険者 受給資格者票			
令和 年 月 日交付			
健康保険被保険者 手帳の記号及び番号			
本 人	氏 名		男 ・ 女
	生 年 月 日	明 大 昭 平 令	年 月 日
	住 又 居 所 は 所		
保 險 者 番 號 及 び 交 付 機 關 名		印	

診療の際は必ず第五面を参照してください。

(二)

被扶養者氏名	性別	生年月日	交付機関印
	男 女	明 大 昭 平 令 ・ ・	
	男 女	明 大 昭 平 令 ・ ・	
	男 女	明 大 昭 平 令 ・ ・	
	男 女	明 大 昭 平 令 ・ ・	
	男 女	明 大 昭 平 令 ・ ・	
	男 女	明 大 昭 平 令 ・ ・	
	男 女	明 大 昭 平 令 ・ ・	
摘要			

備考 1 この票の大きさは、縦127ミリメートル、横273ミリメートルとし、点線の個所から三つ折りとすること。

2 「男女」欄は、該当しない文字を抹消すること。

「本人療養給付記録」欄及び「被扶養者療養給付記録」欄は、保険医療機関等において記載すること。ただし、療養費支給の場合は、全国健康保険協会において記載すること。

「本人療養給付記録」欄及び「被扶養者療養給付記録」欄の記載については、次によること。

イ
歯について、保険診療を行つた場合には、患歯の部位を「傷病名」欄に記載すること。

□ 「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。
「既往年月日」欄には、保険診療にかかる既往を開始した年月日を記載すること。

「転帰」欄には、治療、期間満了、転医、死亡、中止等の別を記載すること。
「既往歴」欄には、既往歴を問うて、併存疾患等を記載すること。

全国健康保険協会の職員がわざ印するこ

この票を再交付する場合において、その日雇特例被保険者又は日雇特例被保険者であった者が現に保険診療を受けるときは、その傷病名、保険診療を開始した年月日その他必要な事項を交付機関において記載すること。

6 別途被保険者等に周知する。により、使う方への注意を省略することができる。