

(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には、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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">氏 名</td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 30%; text-align: center;">男・女</td> </tr> <tr> <td>生 年 月 日</td> <td>明 大 昭 平 令</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>住 又 居 所</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	氏 名		男・女	生 年 月 日	明 大 昭 平 令	年 月 日	住 又 居 所			
氏 名		男・女									
生 年 月 日	明 大 昭 平 令	年 月 日									
住 又 居 所											
保 険 者 番 号 及 び 交 付 機 関 名	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
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 ・ ・	
摘 要			

