

(六)

使 用 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(結核性疾病については、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。

$$(-)$$

健康保險被保險者

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

	氏 名		男・女
--	-----	--	-----

本	生 年 月 日	明大昭平舍	年 月 日

人	住 又 居	所 は 所	
---	-------------	-------------	--

保 険 者 番 号	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								
及 交 付 機 関 名									

診療の際は必ず第五面を参照してください。

$$\left(\begin{array}{c} \longrightarrow \\ \longrightarrow \end{array} \right)$$
[illegible]

摘要	
----	--

