

健康保険限度額適用認定証

令和 年 月 日交付

被 保 険 者	記号		番号	(枝番)
	氏名			
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日
適 用 対 象 者	氏名			
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日
	住所			
発効年月日	令和	年	月 日	
有効期限	令和	年	月 日	
適用区分				
保 険 者	所在地			
	保険者番号			
	名称及び印			

見本

健康保険限度額適用認定証		令和 年 月 日交付	
被 保 険 者	記号	番号	(枝番)
	氏名		
適 用 対 象 者	生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
	住所		
発効年月日	令和	年	月 日
有効期限	令和	年	月 日
適用区分			
保 険 者	所在地		
	保険者番号		
名称及び印			

注 意 事 項

1. この証の交付を受けたときには、すぐに住所欄に住所を自署して大切に保持してください。
2. この証によって療養を受ける際に支払う一部負担金の額は、保険医療機関等又は指定訪問看護事業者ごとに1か月につき、別に定められた額を限度とします。
3. 保険医療機関等又は指定訪問看護事業者について療養を受けるときには、その窓口で電子的確認を受けるか、この証を被保険者証に添えて渡してください。
4. 被保険者の資格がなくなったとき、被扶養者でなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき又は有効期限に達したときは、5日以内にこの証を保険者に返してください。ただし、事業主を経由しても差し支えありません。
5. 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。
6. 表面の記載事項に変更があった場合には、速やかにこの証を保険者に提出して訂正を受けてください。ただし、事業主を経由しても差し支えありません。

見 本

1. この証の交付を受けたときには、すぐに住所欄に住所を自署して大切に保持してください。
2. この証によって療養を受ける際に支払う一部負担金の額は、保険医療機関等又は指定訪問看護事業者ごとに1か月につき、別に定められた額を限度とします。
3. 保険医療機関等又は指定訪問看護事業者について療養を受けるときには、その窓口で電子的確認を受けるか、この証を被保険者証に添えて渡してください。
4. 被保険者の資格がなくなったとき、被扶養者でなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき又は有効期限に達したときは、5日以内にこの証を保険者に返してください。ただし、事業主を経由しても差し支えありません。
5. 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。
6. 表面の記載事項に変更があった場合には、速やかにこの証を保険者に提出して訂正を受けてください。ただし、事業主を経由しても差し支えありません。

注 意 事 項