

国民健康保険被保険者資格証明書

| | | | | | | | |
|-------|---|---|-----|----|----|----|--|
| 交付年月日 | 年 | 月 | 日 | 交付 | | | |
| 有効期限 | 年 | 月 | 日まで | 記号 | 資一 | 番号 | |

| | | | | |
|------|-----------|----|-----|---|
| 世帯主 | (組員) | 氏名 | 男・女 | ※ |
| 生年月日 | 昭・平 年 月 日 | | | |
| 住所 | | | | |

保険者番号並びに保険者の名称及び印

見本

注意事項

- 1 この証で診療を受けるときには、診療費用の全額を支払ってください。
- 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、必ずこの証をその窓口で渡してください。
- 3 滞納している保険料(税)を納付したときは、被保険者証を交付します。
- 4 災害等の特別な事情が生じたときや、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の自立支援医療等の公費負担医療を受けることのできるに至ったときは、速やかに申し出てください。
- 5 被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を市町村(組合)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。
- 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(組合)にその旨を届け出てください。
- 7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんので、速やかに、市町村(組合)に提出して、検認又は更新を受けてください。
- 8 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。

| 資格種別 | 被保険者氏名 | 男女別 | 生年月日 | 資格取得年月日 | |
|------|--------------------------------------|-----|------|---------|--|
| | | | 昭平 | | |
| | | | 昭平 | | |
| | | | 昭平 | | |
| | | | 昭平 | | |
| | | | 昭平 | | |
| | | | 昭平 | | |
| | | | 昭平 | | |
| | | | 昭平 | | |
| 備考 | (資格種別) 1. 一般被保険者 2. 退職被保険者 3. 2の被扶養者 | | | | |