様式第四号の次に次の一様式を加える。

様式第四号の二（第六十六条の二第二項関係）

（表面）

後期高齢者医療限度額適用認定証

有効期限　　年　　月　　日
交付年月日　　年　　月　　日

被保険者番号			
被保険者	住所		
	氏名		男・女
	生年月日	年　月　日	
発効期日		年　月　日	
適用区分			
保険者番号並びに保険者の名称及び印			

（裏面）

注意事項

1. 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、医療機関等ごとに1箇月につき、別に定められた額を限度とします。
2. 療養を受けるときは、被保険者証とともに必ずこの証をその窓口で渡してください。
3. 被保険者の資格がなくなったとき、記載された適用区分に該当しなくなったとき、又はこの証の有効期限に至ったときには、直ちにこの証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
4. 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、保険者（後期高齢者医療広域連合）あての届書を、市町村に提出してください。
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。

備　考

備考　1. この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。
2. この証は、対象者1人ごとに作成すること。
3. 適用区分欄には、適用対象者が高齢者の医療の確保に関する法律施行令第15条第1項第3号に掲げる者である場合は「現役Ⅱ」と、同項第4号に掲げる者である場合は「現役Ⅰ」と記載すること。
4. 必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができること。
5. 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができること。