様式第一号の六（第二十六条の三関係）

（表面）

○○都道府県国民健康保険 食事療養標準負担額減額認定証 有効期限　　年　　月　　日 交付年月日　　年　　月　　日				
記　号		番　号	（枝番）	
世帯主	住　所			
	氏　名			男・女
減額対象者	氏　名			男・女
	生年月日	年　　月　　日		
発効期日	年　　月　　日			
長期入院該当	年　　月　　日から	交付者印		
保険者番号並びに交付者の名称及び印				

様式第一号の六から様式第一号の九の二までを次のように改める。