様式第一号の五の二を次のように改める。

様式第一号の五の二（第七条の四関係）

（表　面）

国　民　健　康　保　険
高　齢　受　給　者　証　　有効期限　　年　　月　　日

記　号　　番　号
氏　名　　性　別
生　年　月　日　　年　　月　　日
交　付　年　月　日　　年　　月　　日
発　効　期　日　　年　　月　　日
一部負担金の割合
組合員氏名
住　所
保険者番号
保　険　者　名　　印

（裏　面）

注　意　事　項

1. この証の交付を受けたときは、大切に保管してください。

2. 保険医療機関等について診療を受けようとするときは、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。

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、組合にその旨を届け出てください。

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. プラスチックその他の材料を用い、使用に十分耐えうるものとする。
2. 大きさは、縦54ミリメートル、横86ミリメートルとする。
3. 必要があるときは、横書きの文字を縦書きで表示することその他所要の変更又は調整を加えることができる。
4. 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。

様式第一号の五の二の次に次の様式を加える。

様式第一号の五の三（第十二条の二関係）

特定同一世帯所属者証明書

発行年月日　　年　月　日発行

世帯主	氏　名		
	生年月日	年　月　日	男・女
特定同一世帯所属者	氏　名		
	生年月日	年　月　日	男・女
	特定同一世帯所属者に該当した年月日	年　月　日	
交付者	保険者番号並びに交付者の名称及び印		

注意事項

1. 転出する前に国民健康保険の世帯主であった者が、転入した市町村においても引き続き国民健康保険の世帯主となる場合には、必ずこの連絡票を提出してください。

2. この連絡票を破り、よごし、又は失ったときは、ただちにこの連絡票を発行した市町村に再発行を申請してください。

3. この連絡票を破り、又はよごした場合の2の申請には、その連絡票を添えて申請してください。

備考　1. この連絡票は、転出する世帯主に対して、同一の世帯に属していた特定同一世帯所属者1人ごとに作成すること。
2. この用紙は、A列4番とすること。
3. 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。