様式第九号㈱備考を次のように改める。

備考　１．この様式は、書面による交付の場合に限るものとする。大きさは、縦297ミリメートル、横210ミリメートルとする。

２．別途、高齢受給者証を交付する取扱いとする保険者については、「一部負担金の割合・発効年月日」欄は省略することができる。

３．「限度額区分・発効年月日」は、一部負担金限度額の適用及び食事療養標準負担額減額又は生活療養標準負担額減額の適用の区分であり、この欄には、被保険者が健康保険法施行令第42条第１項第１号又は第２項第１号に掲げる者である場合は「ア１」と、同条第１項第２号又は第２項第２号に掲げる者である場合は「ア２」と、同条第１項第３号又は第２項第３号に掲げる者である場合は「ア３」と、同条第１項第４号又は第２項第４号に掲げる者である場合は「イ１」と、同条第１項第５号又は第２項第５号に掲げる者である場合は「イ２」と、同条第１項第６号又は第２項第６号に掲げる者である場合は「イ３」と、同条第１項第７号又は第２項第７号に掲げる者である場合は「ウ１」と、同条第１項第８号又は第２項第８号に掲げる者である場合は「ウ２」と、同条第１項第９号又は第２項第９号に掲げる者である場合は「ウ３」と、同条第１項第10号又は第２項第10号に掲げる者である場合は「エ１」と、同条第１項第11号又は第２項第11号に掲げる者である場合は「エ２」と、同条第１項第12号又は第２項第12号に掲げる者である場合は「エ３」と、同条第１項第13号又は第２項第13号に掲げる者である場合は「オ」と記載すること。

また、同条第３項第２号又は第４項第２号に掲げる者である場合は「現役並みⅢＢ」と、同条第３項第３号又は第４項第３号に掲げる者である場合は「現役並みⅢＣ」と、同条第３項第４号又は第４項第４号に掲げる者である場合は「現役並みⅡＡ」と、同条第３項第５号又は第４項第５号に掲げる者である場合は「現役並みⅡＢ」と、同条第３項第６号又は第４項第６号に掲げる者である場合は「現役並みⅡＣ」と、同条第３項第７号又は第４項第７号に掲げる者である場合は「現役並みＩＡ」と、同条第３項第８号又は第４項第８号に掲げる者である場合は「現役並みＩＢ」と、同条第３項第９号又は第４項第９号に掲げる者である場合は「現役並みＩＣ」と、同条第３項第11号又は第４項第11号に掲げる者である場合は「一般Ｂ」と、同条第３項第12号、第４項第12号又は第５項第２号に掲げる者である場合は「一般Ｃ」と、同条第３項第14号、第４項第14号又は第５項第４号に掲げる者である場合は「Ⅰ」と、同条第３項第13号、第４項第13号又は第５項第３号に掲げる者である場合は「Ⅱ」と記載すること。

なお、食事療養標準負担額減額及び生活療養標準負担額減額の適用の区分を兼ねるのは、被保険者が健康保険法施行令第42条第１項第13号、第２項第13号、第３項第13号若しくは第14号又は第４項第13号若しくは第14号に該当する場合に限る。

４．３に該当する者のうち、健康保険法施行規則第62条の３第６号に該当する場合は「オ（境）」（70歳の誕生日の属する月の翌月（誕生日が月の初日である場合はその月）以後の者で同号に該当する場合にあっては「Ⅰ（境）」）と記載すること。

５．「特定疾病区分・発効年月日」は、認定を受けた特定疾病及び自己負担限度額の区分であり、「特定疾病区分・発効年月日」欄には、認定疾病が人工透析かつ自己負担限度額が１万円の場合は「ＡⅠ」と、人工透析かつ自己負担限度額が２万円の場合は「ＡⅡ」と、血友病の場合は「Ｂ」と、ＨＩＶの場合は「Ｃ」と記載すること。

６．「限度額区分・発効年月日」欄及び「長期入院該当」欄並びに「特定疾病区分・発効年月日」欄については、任意記載事項であり、保険者の判断で追加する事項を選択できる。

７．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。

８．被保険者等に次に掲げる事項を周知するものとする。

⑴　資格確認書の交付を受けたときは、直ちに住所欄に住所を自署して大切に保管すること。

⑵　保険医療機関等において診療を受けようとするときは、その窓口で電子資格確認を受けるか、資格確認書を（別途、高齢受給者証を交付する取扱いとする保険者については、資格確認書に高齢受給者証を添えて）提出すること。

⑶　診療を受けるときに支払う金額は、義務教育就学前（６歳の誕生日の前日以後の最初の３月31日まで）の場合は、保険診療の費用（入院時の食事療養に要する費用を除く。）の２割であること。また、70歳の誕生日の属する月の翌月（誕生日が月の初日である場合はその月）以後の場合は、「一部負担金の割合・発効年月日」欄（別途、高齢受給者証を交付する取扱いとする保険者については、高齢受給者証）に示す割合であること。

⑷　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すること。また、入院の際に食事療養又は生活療養を受ける場合に支払う食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額は、別に厚生労働大臣が定める減額された額となること。

⑸　認定疾病に係る診療を受ける場合に支払う金額は、保険医療機関等ごとに１か月につき表面の「特定疾病区分・発効年月日」欄に記載された区分に基づく自己負担限度額を最高限度とすること。ただし、入院した場合には、食事療養又は生活療養に要する費用について、別途定額の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を求めることになること。

⑹　被保険者の資格を喪失したとき又はその被扶養者でなくなったときは、５日以内に資格確認書を事業主に提出すること。ただし、任意継続被保険者又は特例退職被保険者の場合、及び資格確認書を事業主を経由せずに交付された場合は、保険者に返納すること。

⑺　資格確認書の記載事項に変更があったときは、直ちに事業主を経由して保険者に提出して訂正を受けること。ただし、任意継続被保険者又は特例退職被保険者の場合、及び資格確認書を事業主を経由せずに交付された場合は事業主を経由することを要しないこと。

⑻　有効期限を経過したときは、資格確認書を使用することはできないこと。また、有効期限を経過した資格確認書を使用して保険給付を受けた場合は、保険給付費の返還を求める場合があること。

⑼　不正に資格確認書を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分を受けることがあること。