様式第十六号及び様式第十七号を次のように改める。

様式第十六号（第百十九条関係）

（六）

使　う　方　へ　の　注　意

1　初診を受けるときは、第五面のその月の欄に、確認の表示がなければなりません。
　確認を受けようとするときは、健康保険被保険者手帳にこの票を添えて、交付機関に提出してください。
2　この票を持っている方が診療を受けられる期間は、同一の傷病について、療養の給付等の開始の日から1年（結核性疾病については、5年）です。
　ただし、その後であっても、第五面に確認の表示がある月は、診療を受けられます。
3　保険医療機関等について診療を受けようとするときには、必ずこの票をその窓口で渡してください。この場合には、その傷病の療養が終わるまでこの票は保管されて、療養が終わってから所要の事項が記入されて返付されます。
4　この票で診療を受けたときは、次の額をそのつど支払ってください。
(1)　保険診療の費用（(2)の費用を除く。）
　ア　本人　3割に相当する額
　　ただし、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、2割（ただし、昭和19年4月1日までに生まれた方は1割）に相当する額となります。
　イ　被扶養者　3割に相当する額
　　ただし、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2割に相当する額、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2割（ただし、昭和19年4月1日までに生まれた方は1割）に相当する額となります。
(2)　入院時の食事療養又は生活療養に要する費用　定額の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額
5　この票では、業務上や通勤災害による傷病については、診療を受けられません。
6　不正にこの票を使用したときは、刑法で罰せられ、また、費用を返さなければなりません。

（一）

健康保険被保険者

受　給　資　格　者　票

令和　　年　　月　　日交付

健康保険被保険者手帳の記号及び番号			
本人	氏名		男・女
	生年月日	明大昭平令　　年　　月　　日	
	住所又は居所		
保険者番号及び交付機関名		印	

診療の際は必ず第五面を参照してください。

（二）

被扶養者氏名	性別	生年月日	交付機関印
	男　女	明　大　昭　平　令　・　・	
	男　女	明　大　昭　平　令　・　・	
	男　女	明　大　昭　平　令　・　・	
	男　女	明　大　昭　平　令　・　・	
	男　女	明　大　昭　平　令　・　・	
	男　女	明　大　昭　平　令　・　・	

摘要	