様式第一号の五（第七条の四関係）

（表　面）

○　○　都　道　府　県
国　民　健　康　保　険
高　齢　受　給　者　証　　有効期限　　年　　月　　日

記　号　　番　号　　（枝番）
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
世帯主氏名
住　所
保険者番号　　□□□□□□

交　付　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、市町村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。