様式第一号の六の二（第二十六条の三関係）

（表面）

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）	
組合員	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	保険者印	
保険者番号並びに保険者の名称及び印				