様式第一号の六（第二十六条の三関係）

（表面）

○○都道府県国民健康保険
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） | |
| 世帯主 | 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 | 交付者印 | |
| 保険者番号並びに交付者の名称及び印 | | | | |

様式第一号の六から様式第一号の九の二までを次のように改める。