様式第一号の六の三（第二十六条の六の四関係）

（表面）

○○都道府県国民健康保険
生活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			

（裏面）

注意事項

一　この証によって入院の際に生活療養を受ける場合に支払う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ります。

二　保険医療機関等において入院をするときは、その窓口で電子的確認を受けるか、この証を渡してください。

三　被保険者の資格がなくなったとき、減額認定の条件に該当しなくなったとき又は生活療養減額認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、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。

四　この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。

五　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

1　この証は、減額対象者1人ごとに作成すること。

2　「有効期限」欄には、この証が無効となる日の前日を記載すること。

3　この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。

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。