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		
減額対象者	氏　名		
	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			