様式第一号の八の三（第二十七条の十四の四関係）

（裏面）

注　意　事　項

1. この証によって療養を受ける際に支払う一部負担金の額は、保険医療機関等又は指定訪問看護事業者ごとに1か月につき、別に定められた額を限度とします。
2. 保険医療機関等又は指定訪問看護事業者において療養を受けようとするときは、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。
3. 被保険者の資格がなくなったとき又は記載された適用区分に該当しなくなったときは、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. 有効期限を経過した証を使用することはできません。また、有効期限を経過した証を使用して保険給付を受けた場合は、保険給付費の返還を求める場合があります。
5. 有効期限を経過した証について、市町村から返還の求めがあったときは、直ちに、この証を市町村に返してください。
6. 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。
7. 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

（表面）

○○都道府県国民健康保険
限度額適用認定証

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		
対象者用	氏　名		
	生年月日	年　月　日	
発効期日		年　月　日	
適用区分			
保険者番号並びに交付者の名称及び印			

マイナ保険証（※）を利用すれば、事前の手続きなく、
高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、
マイナ保険証をぜひご利用ください。

※　電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。