日が月の初日である場合はその月）以後の場合は、「一部負担金の割合・発効年月日」欄（別途、高齢受給者証を交付する取扱いとする保険者については、高齢受給者証）に示す割合であること。

⑷　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すること。また、入院の際に食事療養又は生活療養を受ける場合に支払う食事療養標準負担額又は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ること。

⑸　認定疾病に係る診療を受ける場合に支払う金額は、保険医療機関等ごとに１か月につき表面の「特定疾病区分・発効年月日」欄に記載された区分に基づく自己負担限度額を最高限度とすること。ただし、入院した場合には、食事療養又は生活療養に要する費用について、別途定額の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を求めることになること。

⑹　被保険者の資格を喪失したときには、５日以内に資格確認書を事業主に提出すること。ただし、任意継続被保険者又は特例退職被保険者の場合、及び資格確認書を事業主を経由せずに交付された場合は、保険者に返納すること。

⑺　資格確認書の記載事項に変更があったときは、直ちに事業主を経由して保険者に提出して訂正を受けること。ただし、任意継続被保険者又は特例退職被保険者の場合、及び資格確認書を事業主を経由せずに交付された場合は事業主を経由することを要しないこと。

⑻　有効期限を経過したときは、資格確認書を使用することはできないこと。また、有効期限を経過した資格確認書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ること。

⑼　不正に資格確認書を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあること。

様式第九号(3)（第四十七条関係）

（表　面）

健　康　保　険
資　格　確　認　書　　本人（被保険者）

年　月　日　交付

記　号　　番　号　　（枝番）

氏　名

性　別

生　年　月　日　　年　月　日

資格取得年月日　　年　月　日

一部負担金の割合・発効年月日　　割　　年　月　日

有　効　期　限　　年　月　日

保険者番号

保険者名称

印

（裏　面）

住　所

備　考

※　以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思を表示することができます。記入する場合は、１から３までのいずれかの番号を○で囲んでください。

１．私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。

２．私は、心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。

３．私は、臓器を提供しません。

《１又は２を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。》

【　心臓・肺・肝臓・腎臓（じん）・膵臓（すい）・小腸・眼球　】

〔特記欄：　　〕

署名年月日：　　年　　月　　日

本人署名（自筆）：

家族署名（自筆）：