様式第４号（第４条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （表面） |  | （裏面） |
|  |  |  |
|  |  |  |  | 資格種別 | 被保険者氏名 | 男女別 | 生年月日 | 資格取得年月日 | 保険者 |  |
|  | 国民健康保険被保険者資格証明書 |  |
|  |
| 交付年月日　　　年　　月　　日交付有効期限　　　　年　　月　　日まで | 記号 | 資 | 番号 |  |  |
|  |
| 世帯主 | 氏名 |  | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日　　 |
| 住所 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保険者 | 保険者番号並びに保険者の氏名及び印 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 八頭町 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 注意事項１　この証で診療を受けるときには、診療費用の全額を支払ってください。２　保険医療機関等について診療を受けようとするときは、必ずこの証を窓口で渡してください。３　滞納している保険税を納付したときは、被保険者証を交付します。４　災害等の特別な事情が生じたときや、身体障害者福祉法の更生医療等の公費負担医療を受けることができるに至ったときは、速やかに申し出てください。５　被保険者の資格がなくなったときは、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。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　有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市町村に提出して、検認又は更新を受けてください。 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 備考 | （資格種別）１　一般被保険者　２　退職被保険者３　２の被扶養者 |
|  |  |

備考

１　注意事項中５の「また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。」保険者が国民健康保険組合であるときは、記載を要しないこと。

２　「備考」欄及び「資格種別」欄は、国民健康保険組合の被保険者資格証明書については、設けることを要しないこと。

３　世帯主（組合員）に係る被保険者証が交付されている場合には※印の欄に世帯主（組合員）には別証交付と記載すること。

４　第６条第３項の規定による被保険者資格証明書の上部には（学）と、第６条の２第１項の規定による被保険者資格証明書の表面上部には（遠）と押印すること。

５　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。