

国民健康保険一部負担金免除証明書

| | | | | |
|----------------------|--------------------------------------|-----|------|---------|
| 被保険者証 | 記号 | | 番号 | |
| 被保険者氏名 | | 男・女 | 生年月日 | 昭・平 . . |
| 世帯主氏名 又は 組合員氏名 | 男・女 | | | |
| 住所 | | | | |
| 特例の内容 及び 有効期間 | ○ 一部負担金の免除 (平成 年 月 日から平成 年 月 日まで) | | | |

上記のとおり証明する。

平成 年 月 日

市 町 村 長 印

この証は、平成30年7月豪雨により被災した被保険者が保険医療機関等で診療等を受けた際に支払う一部負担金の免除措置を受けられることを証明するものです。

1. 保険医療機関等の窓口で、この証明書を被保険者証に添えて提出してください。
2. 被保険者の資格がなくなったとき又はこの証の有効期限に至ったときには、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。
3. 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下さい。
4. 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。

後期高齢者医療一部負担金免除証明書

| | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|--|
| 被 保 険 者 番 号 | | |
| 被 保 険 者 | 住 所 | |
| | 氏 名 | |
| | 生 年 月 日 | |
| 特 例 の 内 容 及 び 有 効 期 間 | ○ 一部負担金の免除 (平成 年 月 日から平成 年 月 日まで) | |

上記のとおり証明する。

平成 年 月 日

〇〇県後期高齢者医療広域連合長 〇〇 〇〇 印

この証は、平成30年7月豪雨により被災した被保険者が保険医療機関等で診療等を受けた際に支払う一部負担金の免除措置を受けられることを証明するものです。

1. 保険医療機関等の窓口で、この証明書を被保険者証に添えて提出してください。
2. 被保険者の資格がなくなったとき又はこの証の有効期限に至ったときには、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。
3. 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下さい。
4. 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。