

【別紙1】様式例

I 資格確認書

(表 面)

| | | | | | |
|-----------|--------|-------|---|---|---|
| 石 川 県 | 有効期限 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 国民健康保険 | 発効期日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 資格確認書 | | | | | |
| 記 号 | 番 号 | (枝番) | | | |
| 氏 名 | 性 別 | | | | |
| 生 年 月 日 | 負担割合 | 割 | | | |
| 適用開始年月日 | | | | | |
| 交付年月日 | | | | | |
| 世帯主氏名 | | | | | |
| 住 所 | | | | | |
| 保 險 者 番 号 | 交付者名 | 市(町)印 | | | |
| | 〇〇市(町) | | | | |

(裏 面)

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、移植のため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・膵臓・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）：

【規格】

材質：紙
大きさ：カード型
色：更新時に変更されます

※現在の被保険者証と同じです。

【記載事項】

左記のとおり

※現在の被保険者証と同じです。
(名称変更(保険証→資格確認書)のみ)

※70歳以上の被保険者のみ、「発効期日」と「負担割合」が記載されています。

※限度額適用区分等は、引き続き発行する限度額認定証等で確認願います。

【交付頻度】

毎年度更新します

※有効期間は最大1年間です。

II 資格確認書(特別療養費の支給対象者)

(表 面)

| | | | | | |
|-------------|--------|-------|---|---|---|
| 石 川 県 | 有効期限 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 国民健康保険 | | | | | |
| 資格確認書(特別療養) | | | | | |
| 記 号 | 番 号 | (枝番) | | | |
| 氏 名 | 性 別 | | | | |
| 生 年 月 日 | | | | | |
| 適用開始年月日 | | | | | |
| 交付年月日 | | | | | |
| 世帯主氏名 | | | | | |
| 住 所 | | | | | |
| 保 險 者 番 号 | 交付者名 | 市(町)印 | | | |
| | 〇〇市(町) | | | | |

(裏 面)

注意事項
この証で診療を受けるときは、診療費用の全額を支払ってください。

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、移植のため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・膵臓・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）：

【規格】

材質：紙
大きさ：カード型
色：更新時に変更されます
(市町ごとで色が異なる場合があります)

※現在の被保険者証と同じです。

【記載事項】

左記のとおり

※当該資格確認書の提示があった場合は、診療費用の全額(10割)を請求願います。

【交付頻度】

必要に応じて随時更新します


※有効期間は最大1年間です。

(補足)

・この証は現在の資格証明書に代わるものであり、保険料(税)滞納者に交付されるものです。

【別紙2】 様式例

I 資格情報のお知らせ(70歳未満)

| | | | |
|--|----------|---------|----------------|
| 資格情報のお知らせ | | | |
| | | (交付者名) | |
| | | (保険者番号) | |
| あなたの加入する健康保険の資格情報を下記のとおりお知らせします。 なお、このお知らせのみでは受診できません。 | | | |
| 記号 | 〇〇〇 | 番号 | 〇〇〇 (枝番) 〇〇 |
| 氏名 | 〇〇 〇〇 | | |
| フリガナ | 〇〇 〇〇 | | |
| 適用開始年月日 | 平成〇年〇月〇日 | | |
| 交付年月日 | 令和〇年〇月〇日 | | |
| スマートフォンをお持ちの方は、以下の QR コードからマイナポータルにログインすることで、 ご自身の健康保険の資格情報を確認することができます。ぜひご利用ください。 | | | |
| — マイナポータルへのアクセス・ダウンロードはこちら — | | | |
|  | | | |
| マイナ保険証の読み取りができない例外的な場合については、スマートフォンの資格 情報画面をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診いただけます (スマートフォンをお持ちでない方は、この文書をマイナ保険証とともに医療機関等の 受付で提示することで受診いただけます)。 | | | |
| 下記を切り取ってご利用いただくこともできます (このお知らせのみでは受診できません) | | | |
| 資格情報のお知らせ 令和〇年〇月〇日発行 (交付者名) (保険者番号) 記号〇〇 番号〇〇 (枝番) 〇〇 氏名 〇〇 〇〇 受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です | | | |

【規格】

材質：紙
大きさ：A4版
色：白

【記載事項】

左記のとおり

※この様式のみで受診はできません。
(マイナンバーカードとの併用)


【交付頻度】

一括しての更新はありません

※初回の発行のみです。

※申請により再発行は可能です。

II 資格情報のお知らせ(70歳以上)

| | | | |
|--|----------|---------|----------------|
| 資格情報のお知らせ | | | |
| | | (交付者名) | |
| | | (保険者番号) | |
| あなたの加入する健康保険の資格情報を下記のとおりお知らせします。 なお、このお知らせのみでは受診できません。 | | | |
| 記号 | 〇〇〇 | 番号 | 〇〇〇 (枝番) 〇〇 |
| 氏名 | 〇〇 〇〇 | | |
| フリガナ | 〇〇 〇〇 | | |
| 負担割合 | 〇割 | | |
| 適用開始年月日 | 平成〇年〇月〇日 | | |
| 交付年月日 | 令和〇年〇月〇日 | | |
| 有効期限 | 令和〇年〇月〇日 | | |
| 発効期日 | 令和〇年〇月〇日 | | |
| スマートフォンをお持ちの方は、以下の QR コードからマイナポータルにログインすることで、 ご自身の健康保険の資格情報を確認することができます。ぜひご利用ください。 | | | |
| — マイナポータルへのアクセス・ダウンロードはこちら — | | | |
|  | | | |
| マイナ保険証の読み取りができない例外的な場合については、スマートフォンの資格 情報画面をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診いただけます (スマートフォンをお持ちでない方は、この文書をマイナ保険証とともに医療機関等の 受付で提示することで受診いただけます)。 | | | |
| 下記を切り取ってご利用いただくこともできます (このお知らせのみでは受診できません) | | | |
| 資格情報のお知らせ 令和〇年〇月〇日発行 (交付者名) (保険者番号) 記号〇〇 番号〇〇 (枝番) 〇〇 氏名 〇〇 〇〇 負担割合 〇割 受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です | | | |

【規格】

材質：紙
大きさ：A4版
色：白

【記載事項】

左記のとおり

※この様式のみで受診はできません。
(マイナンバーカードとの併用)

【交付頻度】

毎年度更新します

※資格確認書と同様の時期です。

※有効期間は最大1年間です。