（参考）

被保険者証のカード化について（案）

被保険者証については、現在、紙で世帯単位に交付しているが、被保険者等の利便性等を図る観点から、次のように改め、平成１３年４月１日から実施する。

１．一人一枚のカード様式とする。
　ただし、被保険者証の更新時期、保険者の財政状況を考慮し、当分の間、現行様式との併存を認める。

２．被保険者証としての必要事項については、カード表面に記載する。
　○被保険者カードへの記載事項
　　・被保険者（被扶養者）氏名、生年月日、被保険者証の記号番号等

３．カードの材質は限定しないが、ある程度耐久性を持つものを基本とする。

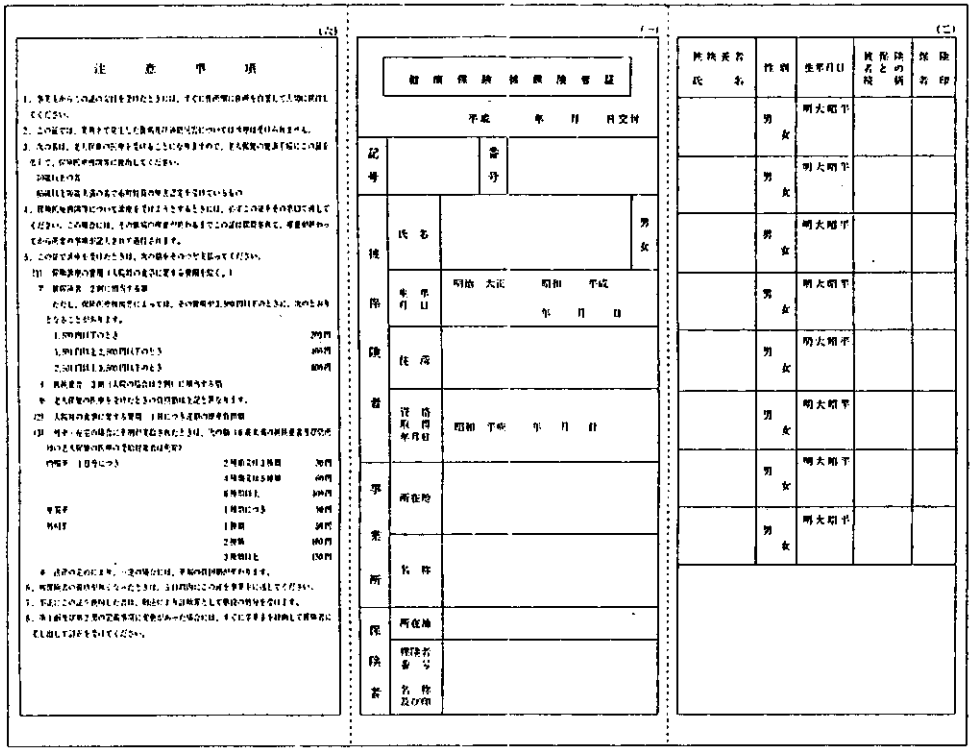
４．この様式により、高機能カード（ＩＣカード等）を採用するかどうかは、保険者の任意とする。

健康保険法施行規則の改正案

◎被保険者証の様式の見直し

旧

様式第６号



注　意　事　項

1．この証の交付を受けたときは、すぐに住所欄に住所を自署して大切に保管してください。
2．この証では、療養を受けようとする医療機関の窓口などにはお使いいただけません。
3．次の場合は、変更届の提出を忘れないようにお願いします。この証を事業主に返してください。
　氏名に変更
　被保険者の資格を失ったとき
4．保険医療機関等について診療を受けようとするときは、必ずこの証をその窓口で提示してください。この場合には、その機関の所定の用紙を使用することなどの手続を経て、療養費の支給を受けることができます。
5．この証で診療を受けたときは、次の額をそのつど支払ってください。
(1) 保険診療の費用（入院時の食事に要する費用を除く。）
　ア　医科診療　2割に相当する額
　　ただし、保険の適用区分によっては、その費用が1,500円以下のときは、次のとおりとなることがあります。
　　1,500円以下のとき　200円
　　1,501円以上2,500円以下のとき　400円
　　2,501円以上3,500円以下のとき　600円
　イ　歯科診療　3割（入院の場合は2割）に相当する額
　ウ　老人保健の適用を受けたときの自己負担額は、上記と異なります。
(2) 入院時の食事に要する費用　1日につき定額の標準負担額
(3) 療養（食事の場合に限る）費用が定額されたとき又は、その額（16歳未満の被扶養者を除く。）が定額の区分の適用を受けたとき
　内訳ア　1日につき
　　2等級以上3等級　300円
　　4等級以上5等級　400円
　　6等級以上　500円
　　平成7年　1等級につき　500円
　　平成8年　1等級　500円
　　2等級　400円
　　3等級以上　250円
　イ　法律の定めにより、一定の場合には、平成8年以降の額が変わります。
6．被保険者の資格を失ったときは、5日以内にこの証を事業主に返してください。
7．不正にこの証を使用したときは、刑法による詐欺罪として懲役の刑を受けます。
8．氏名変更届の提出等に変更があったときは、すぐに事業主を経由して保険者に届出してこの証を訂正してください。

健康保険被保険者証

平成　年　月　日交付

記号		番号	
被保険者	氏名		男 女
	生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日	
	住所		
	資格取得年月日	昭和 平成 年 月 日	
事業所	所在地		
	名称		
保険者	所在地		
	理事長名 番号 名称及び印		

被保険者氏名	性別	生年月日	被保険者との続柄	保険者印
	男 女	明大昭平		
	男 女	明大昭平		
	男 女	明大昭平		
	男 女	明大昭平		
	男 女	明大昭平		
	男 女	明大昭平		
	男 女	明大昭平		
	男 女	明大昭平		
	男 女	明大昭平		

新

様式第６号（被保険者用）

（表面）

◀

（被保険者）　　平成　年　月　日交付

健康保険
被保険者証　記号　　番号

氏名
性別
生　年　月　日　　年　月　日
資格取得年月日　　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

保険者所在地
保険者番号・名称

印

（裏面）

注意事項

1．この証の交付を受けたときには、すぐに住所欄に住所を自署して大切に保管してください。
2．保険医療機関等について診療を受けようとするときには、必ずこの証をその窓口で提示してください。
3．被保険者の資格が無くなったときは、五日以内にこの証を事業主に返してください。
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。
5．証の記載事項に変更があった場合には、すぐに事業主を経由して保険者に差し出して訂正を受けて下さい。

住所

備考

備考　1．プラスチックその他の材料を用い、使用に十分耐えうるものとする。
　　2．大きさは、縦54ミリメートル、横86ミリメートルとする。
　　3．必要があるときは、横書きの文字を縦書きで表示することその他所要の変更又は調整を加えることができる。

旧

(ニ)

被保険者療養給付記録

傷病名	開始年月日	入院年月日	終了年月日	転帰	請求金額	認印
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			

(ホ)

被扶養者療養給付記録

氏名	傷病名	開始年月日	終了年月日	転帰	請求金額	認印
		年 月 日	年 月 日			
		年 月 日	年 月 日			
		年 月 日	年 月 日			
		年 月 日	年 月 日			
		年 月 日	年 月 日			
		年 月 日	年 月 日			
		年 月 日	年 月 日			
		年 月 日	年 月 日			
		年 月 日	年 月 日			
		年 月 日	年 月 日			
		年 月 日	年 月 日			
		年 月 日	年 月 日			
		年 月 日	年 月 日			

(ヘ)

被扶養者療養給付記録

氏名	傷病名	開始年月日	終了年月日	転帰	請求金額	認印
		年 月 日	年 月 日			
		年 月 日	年 月 日			
		年 月 日	年 月 日			
		年 月 日	年 月 日			
		年 月 日	年 月 日			
		年 月 日	年 月 日			
		年 月 日	年 月 日			
		年 月 日	年 月 日			
		年 月 日	年 月 日			
		年 月 日	年 月 日			
		年 月 日	年 月 日			
		年 月 日	年 月 日			
		年 月 日	年 月 日			

新

様式第６号ノ２（被扶養者用）

（表面）

◀

（被扶養者）　　平成　年　月　日交付

健康保険
被保険者証　記号　　番号

氏名　　被保険者氏名
性別　　続柄
生年月日　　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

保険者所在地
保険者番号・名称

印

（裏面）

注意事項

1．この証の交付を受けたときには、すぐに住所欄に住所を自署して大切に保管してください。
2．保険医療機関等について診療を受けようとするときには、必ずこの証をその窓口で渡してください。
3．被保険者の資格が無くなったとき又はその被扶養者でなくなったときは、五日以内にこの証を事業主に返してください。
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。
5．証の記載事項に変更があった場合には、すぐに事業主を経由して保険者に差し出して訂正を受けて下さい。

住所

備考

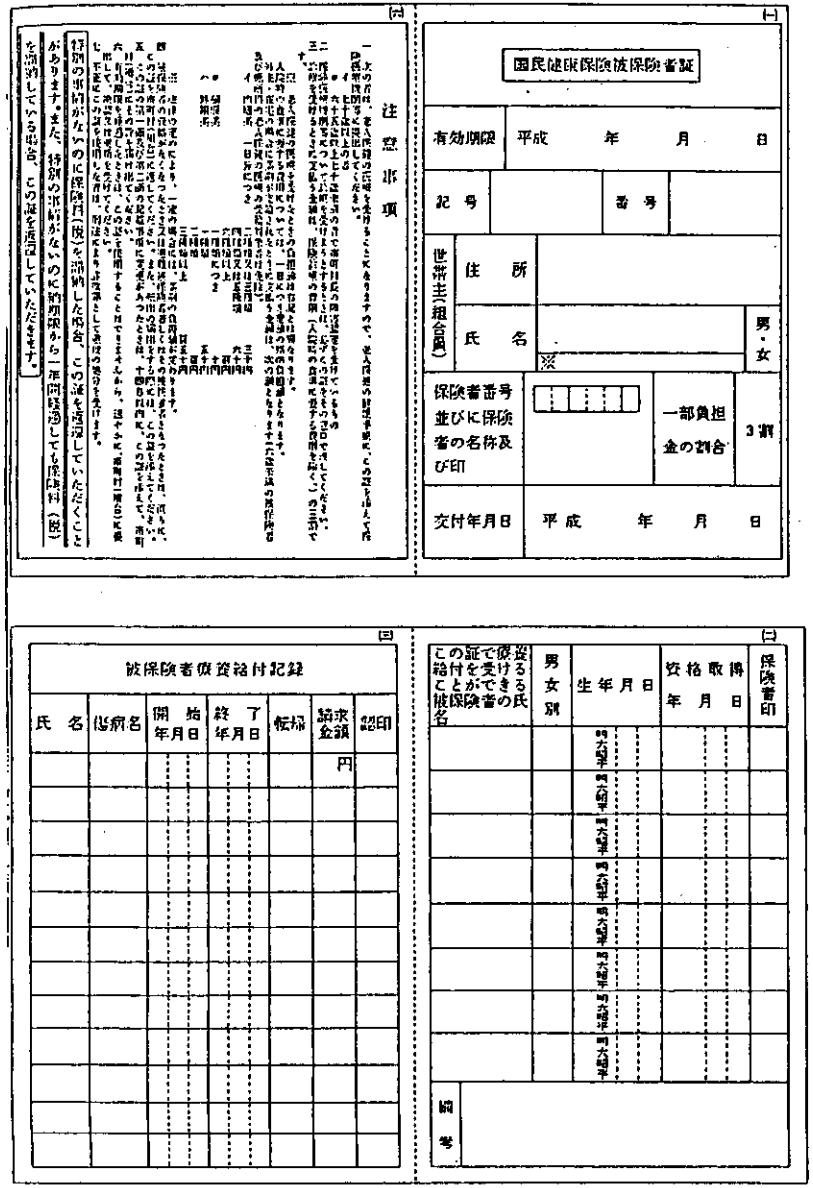
備考　1．プラスチックその他の材料を用い、使用に十分耐えうるものとする。
2．大きさは、縦54ミリメートル、横86ミリメートルとする。
3．必要があるときは、横書きの文字を縦書きで表示することその他所要の変更又は調整を加えることができる。

国民健康保険法施行規則の改正案

◎被保険者証の様式の見直し

旧

様式第１号



(表)

注意事項

一 次の事項に変更があつたときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村（組合）にその旨を届け出てください。

イ 氏名

ロ 住所

ハ 世帯主（組合員）の氏名

ニ 保険者番号並びに保険者の名称及び印

ホ 一部負担金の割合

ヘ 期限

二 保険医療機関等について診療を受けようとするときは、必ずこの証をその窓口で渡してください。なお、老人保健の医療を受けることができる方は、老人保健の健康手帳に、この証を添えてください。

三 被保険者の資格がなくなつたとき又は退職被保険者若しくはその被扶養者となつたときには、直ちにこの証を市町村（組合）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。

四 この証の記載事項に変更があつたときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村（組合）にその旨を届け出てください。

五 この証を他人に貸したり、この証を他人に使用されたりしないように、十分注意してください。

六 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。

七 この証を使用しないときは、速やかに、市町村（組合）に返還してください。

特別の事情がないのに保険料（税）を滞納した場合、この証を返還していただくことがあります。また、特別の事情がないのに納期限から一年間経過しても保険料（税）を滞納している場合、この証を返還していただきます。

国民健康保険被保険者証

有効期限	平成　年　月　日		
記号		番号	
世帯主（組合員） 住所			
氏名	※	男・女	
保険者番号並びに保険者の名称及び印		一部負担金の割合	3割
交付年月日	平成　年　月　日		

被保険者療養給付記録

氏名	傷病名	開始年月日	終了年月日	転帰	請求金額	認印
					円	

この証で療養給付を受けることができる被保険者の氏名	男女別	生年月日	資格取得年月日	保険者印
		明・大・昭・平		
		明・大・昭・平		
		明・大・昭・平		
		明・大・昭・平		
		明・大・昭・平		
		明・大・昭・平		
		明・大・昭・平		
		明・大・昭・平		
備考				

新

様式第１号

（表　面）

国民健康保険被保険者証　　有効期限　年　月　日

記号　　番号
氏名　　性別
生年月日　　年　月　日
資格取得年月日　　年　月　日
交付年月日　　年　月　日

住所

保険者番号

保険者名　　印

（裏　面）

注意事項

1．この証の交付を受けたときは，大切に保管してください。
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，必ずこの証をその窓口で渡してください。なお，老人保健の医療を受けることができる方は，老人保健の健康手帳に，この証を添えてください。
3．被保険者の資格がなくなったとき又は退職被保険者若しくはその被扶養者となったときには，直ちにこの証を市町村（組合）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．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（組合）にその旨を届け出てください。
5．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。

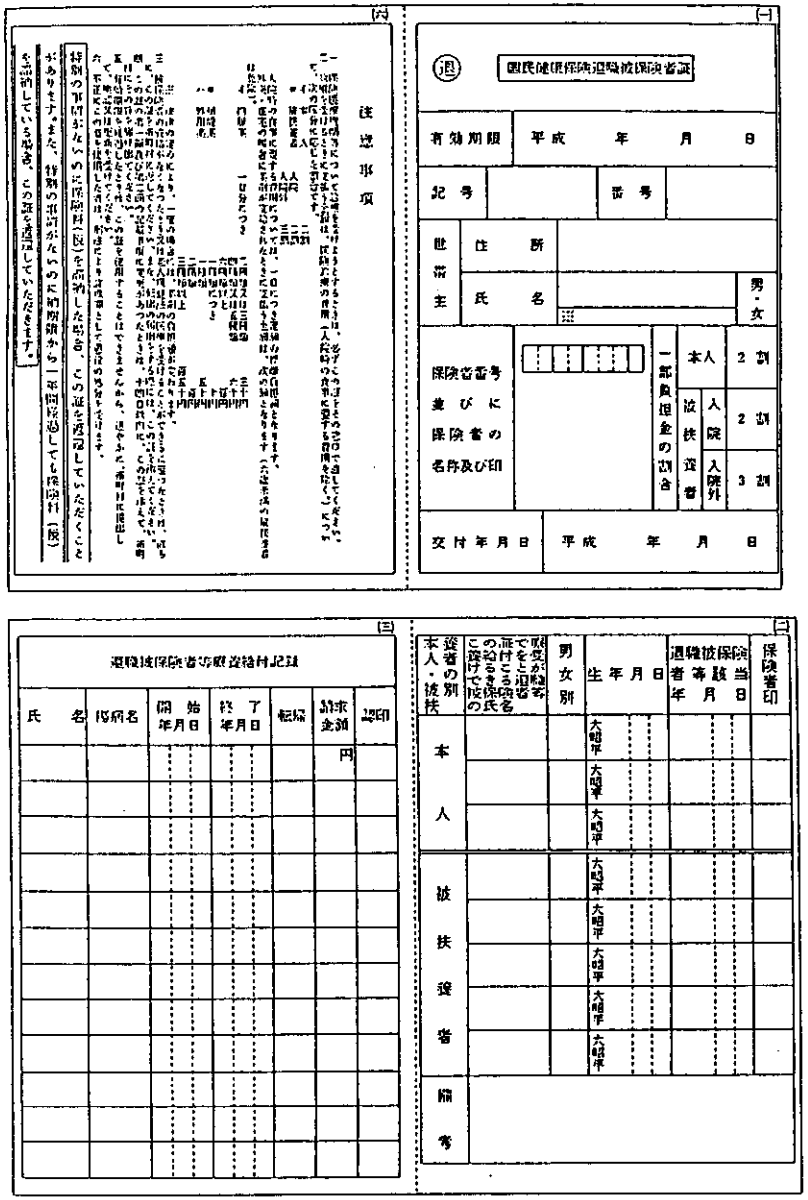
特別の事情がないのに保険料（税）を滞納した場合，この証を返還していただくことがあります。また，特別の事情がないのに納期限から１年間経過しても保険料（税）を滞納している場合，この証を返還していただきます。

備　考

備　考　1．プラスチックその他の材料を用い，使用に十分耐えうるものとする。
2．大きさは，縦 54 ミリメートル，横 86 ミリメートルとする。
3．必要があるときは，横書きの文字を縦書きで表示することその他所要の変更又は調整を加えることができる。

旧

様式第１号の２（退職被保険者用）



(ハ)

注意事項

一　国民健康保険の被保険者証について記載事項に変更があったときは、必ずこの証をその窓口で通知してください。

二　この証は、国民健康保険の費用（一人保険料の負担を除く）について、次の区分に応じ、それぞれ定められた期間を限度として使用することができます。

イ　被保険者　人人間の保険事故に関する期間が重複されたときに定められた期間

ロ　世帯主　一日分につき

ハ　被扶養者　一日分につき

三　被保険者の住所の変更があったときは、直ちにその住所地の市町村長に届出をしてください。

四　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、市町村長にその旨を届け出てください。

五　この証を使用しなくなったときは、直ちにこの証を返還してください。

六　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。

特別の事情がないのに保険料（税）を滞納した場合、この証を返還していただくことがあります。また、特別の事情がないのに納期限から一年間経過しても保険料（税）を滞納している場合、この証を返還していただきます。

(イ)

退　国民健康保険退職被保険者証

有効期限	平成　年　月　日		
記号		番号	
世帯主	住所		
	氏名		男・女
保険者番号並びに保険者の名称及び印		一部負担金の割合	本人　2割
			被扶養者　入院　2割
			入院外　3割
交付年月日	平成　年　月　日		

(ニ)

退職被保険者等療養給付記録

氏名	保険者名	開始年月日	終了年月日	転保	請求金額	認印
					円	

(ホ)

被保険者の氏名	被扶養者の氏名	変更があったときは、この証書をこの証書を提出すること	男女別	生年月日	退職被保険者等資格喪失年月日	保険者印
本人・被扶養者の別						
本人				大・昭・平		
				大・昭・平		
				大・昭・平		
被扶養者				大・昭・平		
				大・昭・平		
				大・昭・平		
				大・昭・平		
				大・昭・平		
備考						

新

様式第１号の２（退職被保険者用）

（表　面）

国民健康保険
被保険者証
（被保険者）

有効期限　年　月　日

退

記号　番号
氏名　性別
生年月日　年　月　日
該当年月日　年　月　日
交付年月日　年　月　日

住所

保険者番号

保険者名　印

（裏　面）

注意事項

1．この証の交付を受けたときは、大切に保管してください。
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、必ずこの証をその窓口で渡してください。
3．被扶養者でなくなったとき又は老人保健法の医療を受けることができるに至ったときには、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。
4．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。
5．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。

特別の事情がないのに保険料（税）を滞納した場合、この証を返還していただくことがあります。また、特別の事情がないのに納期限から１年間経過しても保険料（税）を滞納している場合、この証を返還していただきます。

備考

備考　1．プラスチックその他の材料を用い、使用に十分耐えうるものとする。
2．大きさは、縦54ミリメートル、横86ミリメートルとする。
3．必要があるときは、横書きの文字を縦書きで表示することその他所要の変更又は調整を加えることができる。

旧	新
（新規に追加）	様式第１号の２の２（退職被保険者の被扶養者用）

（表　面）

国民健康保険　被保険者証（被扶養者）　　有効期限　　年　月　日　退

記　号　　番　号
氏　名　　性　別
生　年　月　日　　年　月　日
該当年月日　　年　月　日
交付年月日　　年　月　日

住　所

保険者番号　　：　：　：　：

保険者名　　印

（裏　面）

注意事項

1．この証の交付を受けたときは，大切に保管してください。
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，必ずこの証をその窓口で渡してください。
3．被保険者の資格がなくなったとき又は老人保健法の医療を受けることができるに至ったときには，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。
4．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。
5．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。

特別の事情がないのに保険料（税）を滞納した場合，この証を返還していただくことがあります。また，特別の事情がないのに納期限から１年間経過しても保険料（税）を滞納している場合，この証を返還していただきます。

備　考

備　考　1．プラスチックその他の材料を用い，使用に十分耐えうるものとする。
2．大きさは，縦 54 ミリメートル，横 86 ミリメートルとする。
3．必要があるときは，横書きの文字を縦書きで表示することその他所要の変更又は調整を加えることができる。

○従来の世帯単位の様式に係る経過措置
（改正省令の附則に規定）

・　保険者は、この省令による改正後の健康保険法施行規則第２３条の規定にかかわらず、当分の間、この省令の改正前の健康保険法施行規則第２３条に規定する様式による健康保険被保険者証を交付することができる。この場合において、同令の規定の適用については、なお従前の例による。