

《国民健康保険特定疾病療養受療証》

**神奈川県国民健康保険
特定疾病療養受療証**

有効期限
交付年月日

認定疾病名

記号 50

被保険者
氏名
生年月日

発効期日

自己負担限度額

1 4 5 0 4 5

保険者番号並びに交付者の名称及び印
川崎市

見本

X

川崎市

裏面の注意事項必ずお読みください。

発行・担当窓口
保険年金課 3F③

《国民健康保険被保険者受療証》

神奈川県国民健康保険被保険者受療証

有効期間 年 月 日から 年 月 日まで
交付年月日 年 月 日 No.

| | | | | | | | |
|---------|---------|----|------|---|----------|---|---|
| 記号 | 50 | 番号 | (校番) | | | | |
| 世帯主 | 氏名 | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | |
| 被保険者 | 氏名 | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | 生別 | | |
| | 適用開始年月日 | | | | 用 | | |
| | 資格区分 | | | | 一部負担金の割合 | | |
| 保険者番号 | | 1 | 4 | 5 | 0 | 4 | 5 |
| 交付者名 | 川崎市 | | | | | | |
| 証明書発行理由 | | | | | | | |

上記の者は、国民健康保険の被保険者で、現にその資格を有する。

年 月 日

川崎市 高津区長

見本

X

発行・担当窓口
保険年金課 3F③

* 更新月によって証書の色は変わる場合があります。

《後期高齢者医療被保険者証》

| | |
|---|------------------------------------|
| 後期高齢者医療被保険者証 | |
| 有効期限 交付年月日 | |
| 被保険者番号 | |
| 被 保 険 者 | 住 所 |
| | 氏 名 |
| | 生年月日 |
| | 資格取得年月日 |
| | 発効期日 |
| | 一部負担金の割合 |
| 保 険 者 番 号 並 び に 保 険 者 の 名 称 及 び 印 | 3 9 1 4 1 3 4 6 神奈川県後期高齢者医療広域連合 |

見本

発行・担当窓口
保険年金課 3 F ①

《後期高齢者医療限度額適用認定証》

| | |
|---|------------------------------------|
| 後期高齢者医療限度額適用認定証 | |
| 有効期限 交付年月日 | |
| 被保険者番号 | |
| 被 保 険 者 | 住 所 |
| | 氏 名 |
| | 生年月日 |
| | 発効期日 |
| | 適用区分 |
| 保 険 者 番 号 並 び に 保 険 者 の 名 称 及 び 印 | 3 9 1 4 1 3 4 6 神奈川県後期高齢者医療広域連合 |

見本

発行・担当窓口
保険年金課 3 F ①

《後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証》

| | |
|---|------------------------------------|
| 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証 | |
| 有効期限 交付年月日 | |
| 被保険者番号 | |
| 被 保 険 者 | 住 所 |
| | 氏 名 |
| | 生年月日 |
| | 発効期日 |
| | 適用区分 |
| 長 期 入 院 該 当 年 月 日 | 保 険 者 印 |
| 保 険 者 番 号 並 び に 保 険 者 の 名 称 及 び 印 | 3 9 1 4 1 3 4 6 神奈川県後期高齢者医療広域連合 |

見本

発行・担当窓口
保険年金課 3 F ①

《後期高齢者医療特定疾病療養受療証》

| | |
|---|------------------------------------|
| 後期高齢者医療特定疾病療養受療証 | |
| 交付年月日 | |
| 認定疾病名 | |
| 被保険者番号 | |
| 被 保 険 者 | 住 所 |
| | 氏 名 |
| | 生年月日 |
| | 発効期日 |
| 保 険 者 番 号 並 び に 保 険 者 の 名 称 及 び 印 | 3 9 1 4 1 3 7 9 神奈川県後期高齢者医療広域連合 |

見本

発行・担当窓口
保険年金課 3 F ①

* 更新月によって証書の色は変わる場合があります。