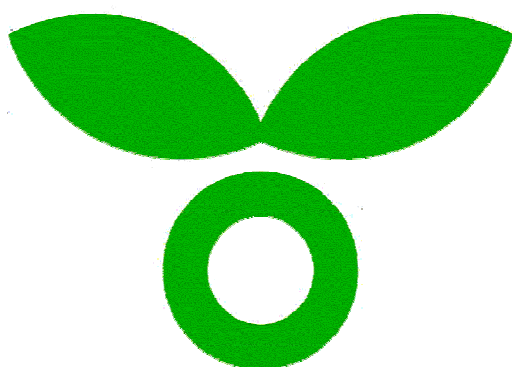


区役所発行の証書 見本集



【目次】

病院で使用する保険証 P 1～3

医療費助成の医療証 P 4～6

ひとり親世帯関連 P 7

障害手帳関連 P 8～9

介護サービスで使用する保険証 P 10～11

交通機関割引証 P 12

令和6年4月1日改訂版

☆病院で使用する保険証☆

《国民健康保険証》

《 69歳以下の方 》



《 70歳～74歳の方 》



※「神奈川県国民健康保険被保険者証兼高齢受給者証」の交付となり、**.....**枠内の記載が追加されます。

(再) 発行・担当窓口
保険年金課 3F③

《国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証》

神奈川県国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定証	
有効期限 交付年月日	
記号 50 番号	
世帯住所 氏名	男
対適用象 氏名	男
減額者用 生年月日	
発効期日	
適用区分	
長期入院 該当年月日	
保険者番号 並びに交付者の名称及び印	川崎市之印

裏面の注意事項を必ずお読みください。

発行・担当窓口
保険年金課 3F③

《国民健康保険限度額認定証》

神奈川県国民健康保険 限度額適用認定証	
有効期限 交付年月日	
記号 50 番号	
世帯住所 氏名	男
対適用象 氏名	男
者用 生年月日	
発効期日	
適用区分	
保険者番号 並びに交付者の名称及び印	川崎市之印

裏面の注意事項を必ずお読みください。

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。

《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

✕

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 川崎市 高津区 川崎市 高津区 川崎市 高津区

見本

✕

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 3F①

《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 3F①

《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 3F①

《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 3F①

* 更新月によって証書の色は変わる場合があります。

☆医療費助成の医療証☆

《小児医療証 (乳 医療証)》

乳 医 療 証	
負担者番号	
受給者番号	
乳 幼 児 等	住 所
	氏 名
	生年月日
申請者氏名	
有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
自己負担上限額 (一部負担金)	
上記の者は、川崎市小児医療費世帯条例により医療費の一部を川崎市が助成する者であることを証明します。	
川 崎 市 長	
交付年月日	年 月 日

発行・担当窓口
保険年金課 3F①

《ひとり親家庭医療証 (親 医療証)》

親 福 祉 医 療 証	
住 所	
氏 名	
有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
発行機関名 及び印	次 の 受 給 者 は 、 川 崎 市 ひ と り 親 家 庭 等 医 療 費 助 成 条 例 に よ り 医 療 費 の 一 部 を 川 崎 市 が 助 成 す る 者 で あ る こ と を 証 明 し ま す。 川 崎 市 長
交付年月日	年 月 日

発行・担当窓口
保険年金課 3F①

《重度障害医療証 (障 医療証)》

障 医 療 証	
負担者番号	8 0 1 4 5 0 0 6
受給者番号	
対 象 者	住 所
	氏 名
	生年月日
有効期間	
上記の者は、川崎市重度障害者医療費助成条例により医療費の一部を川崎市が助成する者であることを証明します。	
川 崎 市 長	
交付年月日	

発行・担当窓口
保険年金課 3F①

《特定医療費 (指定難病) 受給者証》

特定医療費 (指定難病) 受給者証			
公費負担者番号			
受給者番号			
フリガナ 氏 名			
患 者	生年月日	性 別	
	住 所		
	保険者名		
	被保険者証の 記号及び番号	用区分	
有効期間			
自己負担 上 限 額	月額	円	
人工呼吸器 等 装 着	軽症高額 該 当	高額かつ 長 期	世帯内他指定 難病・小児慢性
保 護 者	氏 名	続 柄	
	住 所		

発行・担当窓口
地域ケア推進課 3F⑥

《小児ぜんそく医療証 (㊟医療費受給証)》

㊟医療費受給証	
負担者番号	88145008
受給者番号	
対象者	住所 見本
	氏名 見本
生年月日	年 月 日
有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
発行機関名及び印	上記の者は、川崎市小児ぜんそく患者医療費支給条例による受給者であることを証明します。 川崎市 市長 
交付年月日	年 月 日

発行・担当窓口
地域ケア推進課 3F⑥

《成人ぜんそく医療証 (成㊟医療費受給証)》

成㊟医療証	
負担者番号	89145007
受給者番号	
受給者	住所 見本
	氏名 見本
生年月日	年 月 日
有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
疾病名	気管支ぜん息
上記疾病に係る一部負担金の割合	1割 検査、画像診断等一部の医療は助成の対象となりません。
発行機関名及び印	上記の者は、川崎市成人ぜんそく患者医療費助成条例による受給者であることを証明します。 川崎市 市長 
交付年月日	年 月 日


発行・担当窓口
地域ケア推進課 3F⑥

《小児慢性特定疾病医療受給者証》

小児慢性特定疾病医療受給者証	
公費負担者番号	
受給者番号	
受診者	フリガナ 氏名 性別 生年月日
	住所 見本
	保険者名
	保険者番号 被保険者証の記号番号 適用区分
疾病名	成長ホルモン治療の有無
有効期間	
負担	自己負担割合 自己負担上限月額 入院時の食費
	人工呼吸器等装着 高額かつ長期 重症患者認定 世帯内受給者 障害区分

発行・担当窓口
児童家庭課 4F①

《自立支援医療受給者証 (育成医療)》

自立支援医療受給者証 (育成医療)	
公費負担者番号	
受給者番号	
受診者	フリガナ 氏名 住所 見本
	生年月日
	氏名 住所
交付年月日	
支給市町村名及び印	川崎市川崎区宮本町1番地 川崎市 

発行・担当窓口
児童家庭課 4F①

《自立支援医療受給者証（更生医療）》

《自立支援医療受給者証（精神通院医療）》

自立支援医療受給者証(更生医療)	
公費負担者番号	
受給者番号	
受診者	フリガナ 氏名
	〒 居住地
	生年月日
	性別
交付年月日	
支給市町村名及び印	川崎市川崎区宮本町1番地 川崎市

第22号様式 自立支援医療受給者証(精神通院医療)	
公費負担者番号	
受給者番号	
受診者	フリガナ 氏名
	〒 居住地
	生年月日
	性別
保護者	氏名
	〒 居住地
交付年月日	
支給市町村名及び印	川崎市川崎区宮本町1番地 川崎市

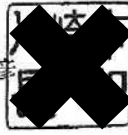
発行・担当窓口
高齡・障害課 4F④

発行・担当窓口
高齡・障害課 4F④

* 更新月によって証書の色は変わる場合があります。

☆ひとり親世帯関連☆

《児童扶養手当の証書》

児童扶養手当証書		証書番号	第 _____ 号
		受給者氏名	_____
川崎市長		生年月日	_____
		当月額	_____
有効期限		給対象児童数	_____ 人
		給開始年月	_____
令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日		令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 川崎市長 福田 紀彦	
0001-000001			

上記のとおり児童扶養手当法によって支給します。
ただし、支給停止を受けているときは、その期間、支給停止額を控除した金額を支給します。

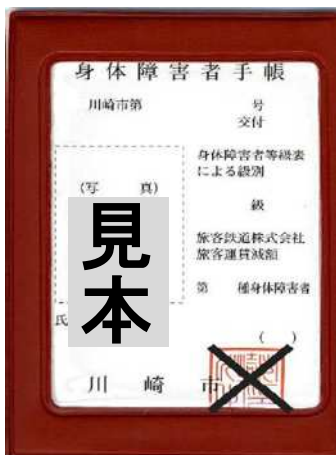
発行・担当窓口

児童家庭課 4F①

*更新月によって証書の色は変わる場合があります。

☆障害手帳関連☆

《身体障害者手帳》



《障害者手帳》



発行・担当窓口
高 齢 ・ 障 害 課 4 F ④

発行・担当窓口
高 齢 ・ 障 害 課 4 F ④

《療育手帳》



既存の紙の手帳も使用可
カード型手帳は希望者に交付



発行・担当窓口
高 齢 ・ 障 害 課 4 F ④

*更新月によって証書の色は変わる場合があります。

《障害福祉サービス・地域相談支援受給者証》

(一)

障害福祉サービス・地域相談支援受給者証

受給者証番号 000 [REDACTED]

支給決定障害者等

居住地 [REDACTED]

フリガナ氏名 [REDACTED]

生年月日 [REDACTED]

児童

フリガナ氏名 [REDACTED]

生年月日 [REDACTED]

障害種別 [REDACTED]

交付年月日 [REDACTED]

市町村番号 141341

川崎市川崎区宮本町1番地

支給市町村名及び印 川崎市 [REDACTED]

高津区地域みまもり支援センター

発行・担当窓口
高年齢・障害課 4F④

《障害児通所受給者証》

(一)

障害児通所受給者証

受給者証番号 [REDACTED]

通所給付決定保護者

居住地 [REDACTED]

フリガナ氏名 [REDACTED]

生年月日 [REDACTED]

児童

フリガナ氏名 [REDACTED]

生年月日 [REDACTED]

交付年月日 令和2年9月15日

市町村番号 141309

川崎市川崎区宮本町1番地

支給市町村名及び印 川崎市 [REDACTED]

高津区地域みまもり支援センター

発行・担当窓口
高年齢・障害課 4F④

《障害者一般乗合自動車運賃割引証》

障害者一般乗合自動車
運賃割引証
(普通乗車用)
介護付

令和4年 見本 31日まで

氏名 [REDACTED]

川崎市

高津区

令和 年

障害者一般乗合自動車
運賃割引証
(普通乗車用)

見本 独

令和4年 月 31日まで

氏名 [REDACTED]

川崎市

高津区福祉事務所 印 [REDACTED]

令和 年 月 日発行

発行・担当窓口
高年齢・障害課 4F④

☆介護サービスで使用する保険証☆

《介護保険証》

発行・担当窓口

保険年金課 3 F ①

* 介護認定申請は高齢・障害課 4 F ③

《介護保険負担割合証》

発行・担当窓口

高齢・障害課 4 F ③

《介護保険負担限度額認定証》

発行・担当窓口

高齢・障害課 4 F ③

《介護保険利用者負担額減額・免除認定証》

発行・担当窓口

高齢・障害課 4 F ③

《社会福祉法人等利用者負担軽減確認証》

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 (社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)					
交付年月日					
被 保 険 者	番 号				
	住 所				
氏 名	フリガナ				
	生年月日				
性別	男・女				
適用年月日	から				
有効期限	まで				
確認番号					
軽減割合	給付率 /100				
生活困難の特例					
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> </table> 川 崎 市 	1	4	1	3
1	4	1	3		

発行・担当窓口
高 齢 ・ 障 害 課 4 F ③

☆交通機関割引証☆

《高齢者特別乗車証明書》

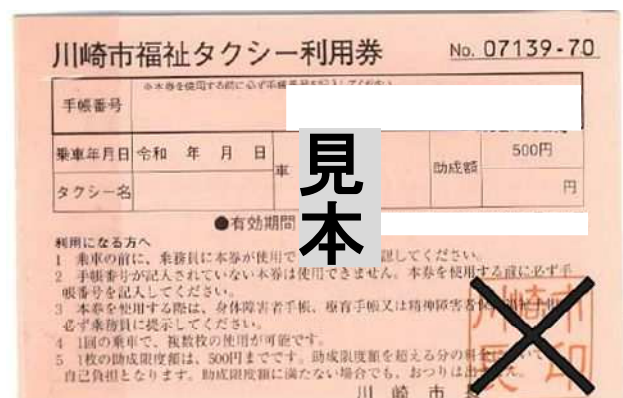


令和4年9月から紙の証明書は廃止され、ICカード（PASMOまたはSuica）へ、移行しています。ICカード紛失・再発行はお近くのバス券売所へご相談してください。

担当窓口
高齡・障害課 4F③

《川崎市ふれあいフリーパス》

《川崎市福祉タクシー利用券》



発行・担当窓口
高齡・障害課 4F④

発行・担当窓口
高齡・障害課 4F④