

～医療機関の皆さまへお知らせ～

平成30年8月より、長崎市国民健康保険被保険者証等の様式が変更になります。

1 被保険者証

(現行)

国民健康保険 被保険者証	有効期限 平成99年99月99日 記号 ながさき 番号 9999999	学 再
ながさき たろう 氏名 長崎 太郎	生年月日 昭和99年99月99日 性別 男	
資格取得日 平成99年99月99日	交付年月日 平成99年99月99日	
世帯主氏名 長崎 花子 住所 長崎市桜町2-22		
保険者番号 <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="8"/>	保険者名 長崎市	公印



表面

(変更後)

長崎県 国民健康保険 被保険者証	有効期限 平成31年7月31日	県名が入ります
記号 ながさき 番号 0123456		
氏名 国保 花子	生年月日 平成11年1月1日 性別 女	
適用開始年月日 平成22年2月2日	交付年月日 平成30年7月15日	市町による資格管理の開始日が入ります
世帯主氏名 国保 太郎	住所 長崎市桜町2番22号 サクラアパート 202号	
保険者番号 420018	交付者名 長崎市	公印

交付者はこれまでどおり長崎市です

公印が黒色に

裏面

注意事項 保険医療機関等において診療又は特定健診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。	特定健診受診確認 n年度 n+1年度
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、移植の為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・脾臓・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):

○国保資格を継続するかたには、平成30年7月12日以降に新様式(右側の型)の被保険者証を送付予定です。

○7月2日(月)以降に長崎市国保に新規加入手続きをされたかたには、新様式の保険証を発行します。そのため、7月2日以降は新様式を窓口で提示される場合があります。

○色は、一般証がオレンジ色、退職者証が黄色です。

○裏面の様式につきましても県内統一様式となっていることから、「特定健診受診確認」欄について長崎市内の医療機関に記載等をお願いするものではありません。

2 限度額適用認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証

長崎県国民健康保険限度額適用認定証			
有効期限		平成99年99月99日	
交付年月日		平成99年99月99日	
記号	ながさき	番号	9999999
世帯主	住所	長崎市〇〇町	
	氏名	国保 太郎	男
適用対象者	氏名	国保 花子	女
	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	
発効期日	平成〇〇年〇〇月〇〇日		
適用区分	ア		
保険者番号並びに交付者の名称及び印	99420018		印
長崎市桜町2番22号 長崎市			

長崎県国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定証			
有効期限		平成99年99月99日	
交付年月日		平成99年99月99日	
記号	ながさき	番号	9999999
世帯主	住所	長崎市〇〇町	
	氏名	国保 太郎	男
額適用対象者減	氏名	国保 花子	女
	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	
発効期日	平成〇〇年〇〇月〇〇日		
適用区分	I		
長期入院該当	平成〇〇年〇〇月〇〇日	交付者印	
保険者番号並びに交付者の名称及び印	99420018		印
長崎市桜町2番22号 長崎市			

県名が入ります

有効期限についての記載を最上段へ移動

「保険者番号並びに保険者の名称及び印」→「保険者番号並びに交付者の名称及び印」へ変更

3 特定疾病療養受療証

長崎県国民健康保険 特定疾病療養受療証			
有効期限		平成99年99月99日	
交付年月日		平成99年99月99日	
疾病名	〇〇〇〇〇〇		
記号	ながさき	番号	9999999
被保険者	氏名	国保 花子	女
	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	
発効期日	平成〇〇年〇〇月〇〇日		
自己負担限度額	〇万円		
保険者番号並びに交付者の名称及び印	99420018		印
長崎市桜町2番22号 長崎市			

県名が入ります

有効期限についての記載を最上段へ移動

「保険者番号並びに保険者の名称及び印」→「保険者番号並びに交付者の名称及び印」へ変更

4 被保険者資格証明書

長崎県 国民健康保険被保険者資格証明書			
有効期限		平成99年99月99日 まで	
交付年月日		平成99年99月99日 交付	
記号	資-ながさき	番号	9999999
世帯主	住所	長崎市〇〇町	
	氏名	国保 太郎	男
被保険者	氏名	国保 花子	女
	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	
資格種別	退職入		
交付者	保険者番号並びに交付者の名称及び印	99420018	
長崎市桜町2番22号 長崎市			

県名が入ります

世帯ごとに交付していたが、個人ごとに交付するようになる

「保険者番号並びに交付者の名称及び印」を追加

保険者→交付者へ変更

上記1から4の様式は県内の市町国保統一様式となりますことを申し添えます。

問い合わせは長崎市国民健康保険課給付係へ
〒850-8685 長崎市桜町2-22 TEL:095-829-1136(直通)