様式第一号の七(第二十七条の十三関係)

(表面)

○○都道府県国民健康保険
特定疾病療養受療証

有効期限　　年　月　日
交付年月日　　年　月　日

認定疾病名			
記号		番号	(枝番)
被保険者 氏名			男・女
被保険者 生年月日	年　月　日		
発効期日	年　月　日		
自己負担限度額			
保険者番号並びに交付者の名称及び印			

(裏面)

注　意　事　項

一　この証によって認定疾病に係る診療を受ける場合に支払う金額は、保険医療機関等ごとに一ヶ月につき表面に記載された自己負担限度額を最高限度とします。

ただし、入院した場合には、食事療養又は生活療養に要する費用について、別途定額の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を求めることになります。

二　保険医療機関等において診療を受けようとするときは、その窓口で電子的確認を受けるか、この証を渡してください。

三　被保険者の資格がなくなったとき又は自己負担限度額が変更されたときは、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。

四　有効期限を経過した証を使用することはできません。また、有効期限を経過した証を使用して保険給付を受けた場合は、保険給付費の返還を求める場合あります。

五　有効期限を経過した証について、市町村から返還の求めがあったときは、直ちに、この証を市町村に返してください

六　この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。

七　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。

備　考

1. この証は、被保険者１人ごとに作成すること。
2. 「発効期日」欄には、この証が有効となる年月日を記載すること。
3. 「有効期限」欄には、この証が無効となる日の前日を記載すること。
4. HIV、血友病、人工透析(70歳以上)に係る特定疾病療養受療証における「有効期限」の欄には、「＊＊年＊＊月＊＊日」と記載すること。
5. 「自己負担限度額」の欄には、「1万円」又は「2万円」と記載すること。
6. この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。
7. 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。