別紙様式第20号、別紙様式第22号及び別紙様式第24号から別紙様式第28号までを次のように改める。

別紙様式第20号

（表　面）

○○共済組合
高齢受給者証

記号　　番号　　（枝番）
対象者氏名　　組合員氏名
生年月日　　年　月　日
発効年月日　　年　月　日
有効期限　　年　月　日
一部負担金の割合

保険者番号
名称

令和　年　月　日交付

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. 保険診療を受けようとするときは、保険医療機関等の窓口で、電子的確認を受けるか、この証を資格確認書等に添えて渡してください。
3. 組合員の資格がなくなったとき、その被扶養者でなくなったとき又は有効期限に達したときは、遅滞なくこの証を組合に返してください。
4. 法第2条第1項第2号に規定する後期高齢者医療の被保険者等となったときは、遅滞なくこの証を組合に返してください。
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。
6. この証の記載事項に変更があった場合には、資格確認書等を添えて、遅滞なく組合に提出して訂正を受けてください。

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. 対象者が組合員であるときは、表面の「組合員氏名」欄に本人と記載することとする。
4. 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。
5. 別途組合員又はその被扶養者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。

別紙様式第22号

特別療養証明書交付申請書

旧組合員の組合員等記号・番号又は個人番号		旧組合員氏名 生年月日		旧組合員の資格喪失年月日	年　月　日	旧所属機関名	
療養者に関する事項	氏名		生年月日	年　月　日	旧組合員との続柄		性別　男　女
証明書の受給期限	年　月　日	他制度による療養給付の可否 （可の場合における制度の名称）		可　否　（制度の名称：　　）			
傷病名							
給付開始年月日	年　月　日	年　月　日		年　月　日			
資格喪失の際療養の給付等を担当していた保険医療機関等の名称及び所在地	名称						
	所在地						
現に療養の給付等を担当している保険医療機関等の名称、所在地及び診療に従事する保険医の氏名	名称		保険医の氏名				
	所在地						
この申請を行う際の傷病の程度及び療養等の状況							

上記のとおり申請します。
　　殿
令和　年　月　日

申請者　住所
　　氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。
令和　年　月　日

所属所長　職名
　　氏名

「旧組合員の組合員等記号・番号又は個人番号」欄には、旧組合員の組合員等記号・番号又は個人番号のいずれかを記入すること。

備考　用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。