国民健康保険特定疾病療養受療証

交付年月日　　年　月　日

認定疾病名			
記　号		番　号	
被保険者名	氏　名		男・女
	生年月日	昭・平　年　月　日	
発効期日	平成　年　月　日		
有効期限	平成　年　月　日		
自己負担限度額			
保険者番号並びに保険者の名称及び印			

見本

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か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　保険医療機関等について認定疾病に係る診療を受けようとするときは、被保険者証とともに必ずこの証をその窓口で渡してください。

三　被保険者の資格がなくなったとき、自己負担限度額が変更されたとき又はこの証の有効期限に至ったときは、直ちに、この証を市町村（組合）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　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（組合）にその旨を届け出てください。

五　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。

見本