

窓空宛名

お手元の国民健康保険特定疾病療養受療証の有効期限は 年 月 日となります。  
郵送いたしました国民健康保険特定疾病療養受療証については、 年 月 日以降  
医療機関にご提示ください。

(表面)

〇〇県 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

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

〇〇市

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つ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があります。

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つたときは、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つたときは、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拘禁刑の処分を受けます。