様式第十七号(第百三十一条関係)

(一)

健康保険被保険者特別療養費受給票			
健康保険被保険者手帳の記号及び番号			
本人	氏名		男・女
	生年月日	明 大 昭 平 令　　年　　月　　日	
	住所		
	居所		
保険者番号及び交付機関名			印
交付年月日		令和　　年　　月　　日	
有効期間		令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで	

使 う 方 へ の 注 意

1. この票を持っている方が診療を受けられる期間は、第一面の有効期間内です。
2. 保険医療機関等について診療を受けようとするときには、必ずこの票をその窓口で渡してください。この場合には、その傷病の療養が終わるまでこの票は保管されて療養が終ってから所要の事項が記入されて返付されます。
3. この票で診療を受けたときは、次の額をそのつど支払ってください。
   (1) 保険診療の費用(⑵の費用を除く。)の3割に相当する額
   ただし、義務教育就学前(6歳の誕生日の前日以後の最初の3月31日まで)の場合は2割に相当する額、70歳の誕生日の属する月の翌月(誕生日が月の初日である場合はその月)以後の場合は2割(ただし、昭和19年4月1日までに生まれた方は1割)に相当する額となります。
   (2) 入院時の食事療養又は生活療養に要する費用 定額の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額
4. 次の日以後は、この票では診療を受けられません。
   (1) 適用除外の承認を受け、健康保険法第3条第2項の規定による被保険者とならないこととなった日以後
   (2) 健康保険被保険者手帳の返納の日の翌日以後
5. この票では、業務上や通勤災害による傷病については、診療を受けられません。
6. 不正にこの票を使用したときは、刑法で罰せられ、また、費用を返さなければなりません。

保 険 医 療 機 関 等 の 注 意

第一面の有効期間外の期間については、この票では診療を行うことはできません。

（三）

給　付　記　録						
氏　名	傷病名	開始 年 月 日	終了 年 月 日	転　帰	請求金額	認　印

(二)

被扶養者氏名	性別	生年月日	交付機関印
	男 女	明 大 昭 平 令 ・ ・	
	男 女	明 大 昭 平 令 ・ ・	
	男 女	明 大 昭 平 令 ・ ・	
	男 女	明 大 昭 平 令 ・ ・	
	男 女	明 大 昭 平 令 ・ ・	
	男 女	明 大 昭 平 令 ・ ・	
摘 要			

備考　1　この票の大きさは、縦127ミリメートル、横182ミリメートルとし、点線の個所から二つ折とすること。

2　「男女」欄は、該当しない文字を抹消すること。

3　「給付記録」欄は、保険医療機関等において記載すること。ただし、療養費支給の場合は、全国健康保険協会において記載すること。

4　「給付記録」欄の記載については、次によること。

イ　歯について保険診療を行った場合には、患歯の部位を「傷病名」欄に記載すること。

ロ　「開始年月日」欄には、保険診療を開始した年月日を記載すること。

ハ　「終了年月日」欄には、保険診療を行わなくなった年月日を記載すること。

ニ　「転帰」欄には、治ゆ、期間満了、転医、死亡、中止等の別を記載すること。

ホ　「請求金額」欄には、保険医療機関等が保険診療に関して保険者に請求すべき費用の額を記載すること。

ヘ　「認印」欄には、当該事項を記載した保険医療機関等においてなつ印すること。ただし、療養費支給の場合は、全国健康保険協会の職員がなつ印すること。

5　この票を再交付する場合において、その日雇特例被保険者又は日雇特例被保険者であった者が現に保険診療を受けるときは、その傷病名、保険診療を開始した年月日その他必要な事項を交付機関において記載すること。

6　別途被保険者等に周知することにより、使う方への注意を省略することができる。