様式第十三号（第九十九条関係）

（表　面）

| 健康保険特定疾病療養受療証 | | | |
|---|---|---|---|
| 令和　　年　　月　　日交付 | | | |
| 認定疾病名 | | | |
| 受診者 | 氏名及び生年月日 | | 昭　平　令　　年　　月　　日生 |
| | 住所 | | |
| 被保険者 | 記号 | | 番号　　（枝番） |
| | 氏名及び生年月日 | | 昭　平　令　　年　　月　　日生 |
| 自己負担限度額 | | | |
| 発効期日 | 令和　　年　　月　　日から有効 | | |
| 保険者名及び印 | | | |

（裏面）

注意事項

一　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持してください。

二　この証によって認定疾病に係る保険診療を受ける場合は、窓口で支払う一部負担金等の額は、保険医療機関等又は保険薬局等ごとに一カ月に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となります。

三　保険医療機関等又は保険薬局等について認定疾病に係る保険診療を受けようとする場合において、被保険者証を提出することにより被保険者又は被扶養者であることの確認を受ける場合には、この証を被保険者証に添えてその窓口で渡してください。

四　被保険者の資格がなくなったとき又は被扶養者でなくなったときは、五日以内にこの証を保険者に返してください。ただし、事業主を経由しても差し支えありません。

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。

六　表面の記載事項に変更があった場合には、速やかにこの証を保険者に提出して訂正を受けてください。ただし、事業主を経由しても差し支えありません。

備　考

一　この証の大きさは、縦一二七ミリメートル横九一ミリメートルとする。

二　この証は、受診者一人ごとにこれを作製すること。

三　受診者が被保険者であるときは、表面の「受診者」の欄の「氏名及び生年月日」欄に被保険者本人と記載し、受診者が被扶養者であるときは、それぞれの欄に該当事項を記載すること。

四　「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。

五　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。