別紙様式第21号の2

（表）

共済組合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			
組合員	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		
組合名及び印				

（裏）

注意事項

1　この証を受けたときは、各面をよく読んで、大切に持つていて下さい。

2　この証によつ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か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。

3　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、資格確認書を提出することにより組合員等であることの確認を受ける場合には、この証を資格確認書に添えてその窓口で渡して下さい。

4　組合員の資格がなくなつたとき、法の短期給付に関する規定の適用を受けない組合員となつたとき又は被扶養者でなくなつたときは、5日以内にこの証を組合に返して下さい。

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　表面の記載事項に変更があつたときは、遅滞なく共済組合に差し出して訂正を受けて下さい。

備考

1　用紙の大きさは、縦127ミリメートル、横91ミリメートルとする。

2　この証は、受診者1人ごとに作成すること。

3　受診者が組合員であるときは、表面の「受診者」欄の「氏名及び生年月日」欄に「組合員本人」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。

4　「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。

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。