別紙様式第26号

（表）

○　○　共　済　組　合　特　定　疾　病　療　養　受　療　証					
認定疾病名					
受診者	氏　　名				
	生年月日	昭和 平成 令和	年　　月　　日		
	住　　所				
組合員	記号		番号	（枝番）	
	氏　　名				
	生年月日	昭和 平成 令和	年　　月　　日		
自己負担限度額					
発行機関	所在地				
	保険者番号 名称及び印				
交付年月日		令和　　年　　月　　日			
発効年月日		令和　　年　　月　　日			

（裏）

注　意　事　項

1　この証は、各面をよく読んで大切に持つていてください。
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1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から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、組合員証等を提出することにより組合員又は被扶養者であることの確認を受ける場合には、この証を組合員証等に添えてその窓口で渡してください。
4　組合員の資格がなくなつたとき又は被扶養者でなくなつたときは、遅滞なくこの証を組合に返してください。
5　法第2条第1項第2号に規定する後期高齢者医療の被保険者等となつたときは、遅滞なくこの証を組合に返してください。
6　不正にこの証を使用した者は、刑法によつて詐欺罪として懲役の処分を受けます。
7　表面の記載事項に変更があつた場合には、遅滞なくこの証を組合に提出して訂正を受けてください。

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、「受診者」欄の「氏名」欄に「組合員本人」と記載すること。

4　「発効年月日」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。