様式第五号(第六十二条第四項関係)

(表面)

後期高齢者医療特定疾病療養受療証

交付年月日　　年　　月　　日

認定疾病名		
被保険者番号		
被保険者名	住所	
	氏名	
	生年月日	年　　月　　日
発効期日		年　　月　　日
保険者番号並びに保険者の名称及び印		

（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箇月につき一万円を限度とします。

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　被保険者の資格がなくなったときは、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。

三　この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、保険者(後期高齢者医療広域連合)あての届書を市町村に提出してください。

四　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。

備　考

1　この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。

2　この証は、被保険者1人ごとに作成すること。

3　「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。

4　必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができること。

5　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こと。

6　保険医療機関等について認定疾病に係る診療を受ける場合において、資格確認書を提出することにより被保険者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へ提出することを被保険者等に周知すること。