

後期高齢者医療特定疾病療養受療証

交付年月日 _____

認定疾病名			
被保険者番号			
被 保 險 者 名	住所		
	氏名		
生年月日			
発効期日			
保 險 者 番 号 並 び に 保 險 者 の 名 称 及 び 印	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>		
	群馬県後期高齢者医療広域連合 前橋市大渡町一丁目10番地7 電話番号 027-256-7171		

注 意 事 項

- 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1箇月につき1万円を限度とします。
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となります。
- 保険医療機関等について認定疾病に係る診療を受けようとするときは、被保険者証とともに必ずこの証をその窓口で渡してください。
- 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。
- この証の表面の記載事項に変更があったときは、14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。
- 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。