

第20号様式

(表)

国民健康保険特別療養証明書

		有効期間		年	月	日から						
				年	月	日まで						
被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号		40 -										
世帯主	氏 名											
	住 所											
受診者	氏 名											
	生年月日	年	月	日	性 別	男 ・ 女						
	資格区分	一 般 ・ ⑩ 本 人 ・ ⑩ 被扶養者										
	現 住 所											
保険者	番 号	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
	名 称	横 浜 市										
所 在 地	横浜市中区港町1丁目1番地											

上記の者は、本市国民健康保険の特別療養給付を受ける資格を有することを証明します。

年 月 日

横浜市


区長 ☐ 印

保険医療機関等の名称及び印並びに 保険医等の氏名 療養給付の記録		
	○印	
傷 病 名		
開 始 年 月 日	年 月 日	年 月 日
入 院 年 月 日	年 月 日	年 月 日
終 了 年 月 日	年 月 日	年 月 日
転 帰		
請 求 金 額	円	円
備 考		

(A4)

(裏)

注意事項

- 1 印の欄は、保険医療機関等で記入してください。
- 2 診療報酬明細書には、必ず特別療養給付の旨を表示してください。
- 3 診療を受けなくなったとき、又は有効期間満了のときは、直ちに返還してください。
- 4 受給者の氏名住所に変更があったときは、届出書にこの証明書を添えて、5日以内に届け出てください。
- 5 汚したり、失ったときは、直ちに再交付の申請をしてください。汚したり、破ったりしたときには、この証明書も一緒に添えてください。
- 6 この証明書は、資格を失ったときに現に診療を受けていた疾病及びこれを原因として更に発生した疾病についてのみ診療を受けられます。
- 7 不正にこの証明書を使用したときは、刑法の規定により罰せられることがありますから、注意してください。
- 8 特別療養給付を受けている方が健康保険法の日雇特例被保険者として給付を受けられる資格を取得したときは、たとえこの証明書の有効期間中であっても、給付が中止されます。もし、それ以後も給付を受けたことがわかったときは、その分の金額を返していただくことになりますから、注意してください。
- 9 「」は、退職被保険者の略です。

(備考)

紙色は白、刷色は緑とすること。