第2号様式

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (表面) | | | | | | |  | (裏面) |
| 重度心身障害者医療費受給者証 | | | | | | | 注意事項  1　この証は、あなたが医療費の給付を受けることができる証ですから大切に保管してください。  2　この証は、保険診療のみに適用されるので診療を受けるときは、保険証と一緒に医療機関等に提出してください。  3　医療費の給付を受けようとするときは、給付申請書に医療機関から証明を受けて提出してください。  4　次の事由が生じたときは、必ず届けてください。  (1)　氏名に変更があったとき。  (2)　住所を変更したとき。  (3)　加入保険に変更があったとき。  5　受給の資格がなくなったときは、すみやかに返還してください。  6　精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方が精神障害による疾患で入院したときは、この受給者証は使用できません。 |
| 記号 | | 島　73 | | 番号 |  | |
| 受給者 | 氏名 | |  | | | 男・女 |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日生 | | | |
| 住所 | | 小野町大字 | | | |
| 発行機関および印 | | | 福島県田村郡小野町長 | | | |
| 有効期限 | | | 年　　　月　　　日から | | | |
| 年　　　月　　　日まで | | | |
| 交付年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | |
| 備考 | | |  | | | |