|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ひとり親家庭等医療費受給資格者証 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者番号 | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |
| 受給対象者 | 氏　　名 |  | | | | | | | | | | 男・女 | | | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間 | | 年　　 月 　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　 月 　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 交付年月日 | | 年　　 月 　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 自己負担額 | | (入院)1診療報酬明細書につき1,000円/月 | | | | | | | | | | | | | | |
| (入院外)医療保険の一部負担金の額 | | | | | | | | | | | | | | |
| 発行機関名及び印 | | 椎　　葉　　村　　長 | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費負担者番　　　号 | | **8** | **8** | | **4** | | **5** | | **0** | | **8** | | | **2** | | **0** |

様式第３号（第２条関係）

|  |
| --- |
| 注意事項 |
| １．この証は、ひとり親家庭等が医療費の助成を受ける資格があることを示す証ですので、大切に保持してください。 |
| ２，医療機関等で診療を受けたときは、医療機関に一部負担金(自己負担分)を支払ってください。 |
| ３，次の事由が生じたときは、必ず届けをしてください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 (１)住所・氏名・口座の変更があったとき。　　　　　　　　　　(２)加入保険に変更があったとき。　　　　　　　　　　　　(３)受給資格者が死亡したとき。　　　　　　　　　　　　　　　　　　(４)生活保護法による保護を受けることになったとき。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(５)交通事故や他人の暴力等、第三者行為によって生じた 病気けがで診療をうけるとき。　　　　　　　　　　　　　　　　　(６)受給資格者証を破棄又は亡失したとき。 |
| ４，助成資格を失ったときは、速やかにその旨を村に届け出るとともに、この証を返還してください。 |
| ５，この証は、他人に譲渡し、貸与し、又は担保に供してはいけません。 |
| ６，偽り、その他の不正行為により助成をうけたときは、費用の返還をさせることがあります。 |

　　　　　　　　　　　　（表）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（裏）