様式第2号（第6条関係）

|  |
| --- |
| 注意事項  1　この証は、宇美町の条例により子ども医療費の支給が受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。  2　子どもが保険医療機関等において診療を受ける場合は、**医療保険各法による被保険者、組合員若しくは加入者又は扶養者であることを証する書類等**に添えて、この証を必ず窓口に提出してください。  3　子どもの資格がなくなったときや有効期間を経過したときは、この証を使用することができませんので、速やかに宇美町に返してください。  4　子どもやその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに宇美町にその旨を届け出てください。  5　子どもが加入している医療保険又はその内容などに変更があつたときは、速やかに宇美町にその旨を届け出てください。  6　この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額の経費は、公費負担されません。  7　他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないことがありますのでご了承ください。  （後日、宇美町に払い戻しの申請を行ってください。） |

(表面)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 宇美町子ども医療  子  医療証 | | | | | | | | | | |
| 有効期間 | | から  　　　　　　　　　　　　　まで | | | | | | | | |
| 負担者番号 | |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 受給者番号 | |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 受給者 | 住所 |  | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | |  | | |
| 生年月日 |  | | | | | | | | |
| 一部自己負担金 | |  | | | | | | | | |
| 発行機関名及び印 | |  | | | | | | | | |
| 交付年月日 | |  | | | | | | | | |

※この証は県外の保険医療機関等では使用できません。

　　　　　　　　　　　　　 （裏　面）