様式第2号(第5条)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (表面) | | | | | | | | | | |  | (裏面) |
| 宇美町ひとり親家庭等医療  　　親  医療証 | | | | | | | | | | | 注意事項  1　この証は、宇美町の条例によりひとり親家庭等医療費の支給を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　受給者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　受給者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　氏名・住所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　加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、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及び生活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。) |
| 有効期間 | | 年　　　　　月　　　　　日から  年　　　　　月　　　　　日まで | | | | | | | | |
| 負担者番号 | |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 受給者番号 | |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 受給者 | 住所 |  | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | |  | |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | |
| 一部自己  負担金 | |  | | | | | | | | |
| 発行機関名  及　び　印 | |  | | | | | | | | |
| 交付年月日 | | 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。