様式第2号(第4条関係)

（　表　面 ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | 身　延　町  子育て支援医療費助成金受給資格者証 | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | 公費負担者番号 | | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 受給者番号 | | |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 被保険者等記号・番号 | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | |
| 保険者番号 | |  | | | | | | | | | |
| 保  護  者 | 住　所 |  | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | |
| 小  児 | 氏　名 |  | | | | | | | | 性 別 | |
|  | |
| 生年月日 | | | | | | | | |
| 有 効 期 間 | | 年　　　　月　　　　日から  　　　　　　　　年　　　　月　　　　日まで | | | | | | | | | |
| 身延町長 | | | | | | | | | | | |
| 交付年月日 | | 年　　　　月　　　　 日 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |

（　裏　面 ）

◇注意事項◇

1　この受給資格者証は、保険医療機関等に医療保険の一部負担金を支払わないで受診することができる証ですから大切に保存してください。

2　保険医療機関等において療養を受ける場合は、電子資格確認等により医療保険各法に規定する被保険者、組合員、加入者又は被扶養者であることの確認を受けた上、この証を必ず提示してください。提示がない場合、又は、次の場合は医療保険で定める一部負担金を窓口にて支払っていただくことになります。

　(役場で手続きした後に償還されます)

1. 山梨県外の医療機関で受診する場合。
2. 県内の医療機関等で、窓口無料化の取扱いをしない場合。

(はり、きゅう、柔道整復師、マッサージは窓口無料化対象にはなりません。)

3　次の場合は、必ず届け出てください。

1. 受給者の資格がなくなったとき
2. 受給者の氏名、居住地に変更があったとき
3. 加入している医療保険等に変更があったとき
4. 療養が第三者の行為(交通事故等)によるとき
5. 有効期間を経過したとき

4　この証を破損・汚損・紛失したときは、再交付を受けてください。