様式第3号の2(第3条関係)

(表)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 身　延　町  重 度 心 身 障 害 児 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 | | |  | | | | | | | | | | |
| 保険種別 | | |  | | | | | | | | | | |
| 保険者番号 | | |  | | | | | | | | | | |
| 受給者 | 住所 | |  | | | | | | | | | | |
| 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）

|  |
| --- |
| ◇注意事項◇  １　この受給資格者証は、あなたの支払う医療費について助成を受けることができる証ですから大切に保存してください。  ２　この証は保険証と一緒に医療機関（病院、診療所（歯科を含む））、調剤薬局、訪問看護ステーションの受付窓口に提示してください。（調剤薬局でも必ず提示する必要があります。）  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となります。  （医療機関等で発行された領収書を持って、役場へ助成金の請求をして下さい。）  ①山梨県外の医療機関等で受診する場合  ②山梨県内の医療機関等で、窓口無料化の取扱いをしない場合  （柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師から保険給付の対象となる療養を受けた場合であっても、窓口無料化の対象にはなりません。）  ３　この証にて受けられる助成は、医療保険の対象となる医療費のみです。（入院時食事療養費、生活療養費、医療保険外診療行為などは助成の対象となりません。）  ４　自立支援医療（更生医療・育成医療・精神通院医療）など、他の公費負担医療受給者証をお持ちの方は、その対象となる診療（調剤）を受ける場合は、必ずその受給者証も提示してください。  ５　次の場合は、必ず届け出てください。  （１）受給者が死亡したとき   1. 受給者の氏名、住所に変更があったとき 2. 加入している医療保険に変更があったとき 3. 障害程度に変更があったとき   （５）有効期間を経過したとき  ６　この証を破損したり、無くしたりしたときは、再交付を受けてください。 |