様式第2号

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 妊産婦医療費受給資格証 | | | | |  | 注意事項  １　この証は、舟橋村妊産婦医療費助成に関する条例により助成を受けることのできる証ですから、大切に保管してください。  ２　この証は、保険診療のみに適用されます。  ３　この証は、診療を受けるとき、保険証といっしょに病院等の窓口に出してください。  ４　次のことが生じたときには、必ず舟橋村役場に届け出てください。  (１)　受給資格者が死亡したとき。  (２)　受給資格者が生活保護法による保護を受けることになったとき。  (３)　受給資格者が住所を変更したとき、又は加入保険に変更があったとき。  (４)　受給資格証をなくしたとき。  ５　出産（流・死産を含む。）した場合は、出産届（流・死産の医師の証明書）とともにこの証を市町村に提出し、受給期間の終期年月の確認を受けてください。  ６　県外の病院等の場合、窓口で医療費を請求されます。この場合は、お金を払い領収証をもらってください。その後、市町村へ領収証を提出し、還付の手続きをとってください。  ７　有効期間が終了したときは、この証を市町村へ返してください。 |
|  | 公費負担者番号 | |  |  |
|  | 受 給 者 番 号 | |  |  |
| 妊産婦 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 有　効　期　間 | 自　　　　　年　　月 １ 日  　　　　　富山県中新川郡舟橋村長　印 | |
| 至（出産した月の翌月の末日）  　　年　　月　末日  富山県中新川郡舟橋村長　 印 | |
| 対象疾病 |  | |
| ◎この証は、上記対象疾病の治療をするときのみ有効です。 | | | | |