様式第2号

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 親　　ひとり親家庭等医療費受給資格証 | | | | |  | 注意事項  １　この証は、ひとり親家庭等医療費の助成を受けることが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（又は組合員証）といっしょに病院等の窓口に提出してください。  ４　この証に記載してある事項に変更があった場合には、速やかにこの証を添えて市町村長にその旨を届け出て下さい。  ５　受給資格がなくなったとき、又は、有効期間を経過したときは、速やかに市町村長に返還してください。  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、お金を支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。 |
| 公費負担者番号 |  | | | |
| 住所 |  | | | |
| 受給資格番号／氏名 | | 生年月日 | 性別 | 備考 |
|  | | 年　月　日 | 男・女 |  |
|  | |
|  | | 年　月　日 | 男・女 |  |
|  | |
|  | | 年　月　日 | 男・女 |  |
|  | |
|  | | 年　月　日 | 男・女 |  |
|  | |
|  | | 年　月　日 | 男・女 |  |
|  | |
| 有効期間 | 年　月　日～　　　年　月　日まで | | | |
| 発行機関  名及び印 | 年　　月　　日  富山県中新川郡舟橋村長　印 | | | |