様式第7号(第6条関係)

(表)

|  |
| --- |
| 　福祉医療費医療証 |
| 公費負担者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 助成対象者 | 居住地 | 　 |
| 氏名 | 　　 |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日　 |
| 負担割合 | 医療費の１割（薬局等での負担はありません） |
| 負担限度額 | 入院 |  | 入院外 |  |
| 有効期限 | 　自　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　至　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　 |
| 交付年月日 | 　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 発行機関名及び印 |  |

備考　この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとし、色は桃色とする。

(裏)

|  |
| --- |
| 注意事項1.この証は、医療費の一部負担金について出雲市福祉医療費助成条例の規定による助成を受けることができることを証するものですから、大切に保持してください。2.この証は島根県内の医療機関及び島根県国民健康保険団体連合会との契約を締結した一部の県外医療機関等において受診した保険診療のみに適用されます。3.医療機関等において診療を受けるときは、医療機関等から社会保険各法に規定する電子資格確認その他の方法により被保険者等であることの確認を受けるとともに、この証を医療機関等の窓口に提示又はこれに代わる確認を受けてください。4.助成する額は、医療費の本人負担額から１月につき医療機関（医科と歯科の診療を併せて行う医療機関はそれぞれ別の医療機関とみなします。）ごとに医療費の100分の10に相当する額又は表面記載の負担限度額欄（上段と下段がある場合は、上段の額になります。）に記載された額のどちらか低い額を控除した額となります。5.医療機関等への支払い上限額は、表面記載の負担限度額欄（上段と下段がある場合は、上段の額になります。ただし、一部医療機関では下段になります。）に記載された額となります。医療機関等への支払い額が表面記載の負担限度額欄（上段と下段がある場合は、上段の額になります。）に記載された額を超えた場合は、申請により助成します。6.助成対象者の資格がなくなったときは、すみやかに、この証を市長に返還してください。7.氏名、居住地に変更のあったときは、14日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。8.加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に市長にその旨を届け出てください。9.この証が破れたり汚れたり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。10.有効期限を経過したときは、この証を使用することができませんから、すみやかに市長に返還してください。11.不正にこの証を使用した者は刑法により詐欺罪として罰せられる場合があります。 |