様式第４号(第５条関係)

(表)

|  |
| --- |
| 子ども医療費受給資格証 |
| 公費負担者番号 | 　 |
| 受給資格証番号 | 　 |
| 受給資格者 | 　 |
| 助成対象子ども | 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住所 | 　 |
| 加入保険 | 被保険者 | 　 |
| 記号番号 | 　 |
| 保険者 | 　 |
| 本人負担 | 入院 |  | 入院外 |  |
| 受給期間 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日　から　年　　　　月　　　　日　まで |
| 　　　　　　年　　月　　日出雲市長　　　　　　　　　　 |

(裏)

注意事項

1　この証は、出雲市子ども医療費助成条例により、助成を受けることができる証ですので、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るので、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。

3　医療機関等で診療を受け、医療費を負担した場合は、申請により助成します。

4　氏名、住所、加入保険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届け出てください。

5　受給資格を喪失したときは、速やかに市長に返還してください。

6　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。

7　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。