|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | (表) | | | | | | | |
|  | 国頭村母子及び父子家庭等医療費助成金受給資格者証  (　自　動　償　還　) | | | | | | | |
| 事業番号 | | 02 | 受給者番号 |  | | | |
| 対象者 | フリガナ | |  | | 続柄 | | 性別 |
| 氏　　名 | |  | |  | |  |
| 生年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | |
| 受給者 | フリガナ | |  | | | 続柄 | 性別 |
| 氏　　名 | |  | | |  |  |
| 住　　所 | |  | | | | |
| 加入保険 | 被　保　険　者  氏　名 | |  | | | | |
| 保　険　者  名　称 | |  | | | | |
| 資格取得日 | | |  | | | | |
| 資格対象期間 | 外　　来 | | 年　　　　月　　　　日　から  　　　　年　　　　月　　　　日　まで | | | | |
| 入　　院 | | 年　　　　月　　　　日　から  　　　　年　　　　月　　　　日　まで | | | | |
| 年　　　月　　　日    　　　　　　　　　　　　　　　　　　国頭村長　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | |

　様式第２号（第９条）

（裏）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **注　意　事　項**  1.　この証は、沖縄県内の保険医療機関等において受診した際に、国頭村で手続きを行わなくても医療費助成金の受給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.　保険医療機関等で受診するときは、被保険者証等に添えてこの証を窓口に必ず提示し、保険の自己負担分を支払ってください。  3. 助成金は、保険診療による自己負担金額を助成します。ただし、健康保険組合等により支給される療養附加金及び高額療養費がある場合は、それらを控除した額を助成します。  4. 沖縄県外の保険医療機関等で受診したときや、この証を提示しないで受診した場合は、保険の自己負担分を窓口で支払い、領収書等を添えて国頭村役場にて助成金支給申請を行ってください。  5. 国頭村役場にて助成金支給申請をする場合は、次の注意事項があります。   |  | | --- | | (1)　持参するものは、次のとおりです。  ア　印鑑  イ　受給資格者証  ウ　領収書（病院、保険調剤薬局等が発行するもの）  エ 健康保険被保険者証（受給資格者のもの）  オ 受給資格者の預金通帳  (2)　助成金の支給申請をするときは、次のことに注意してください。  ア　助成金の申請は、1月につき1回です。その際、本村に提出できる領収書は、前月の診  療分までとします。  イ　助成金の支給申請は、**診療を受けた月の翌月の初日から起算して2年以内**で行ってください。  ウ 領収書は、受診者名、診療年月日、保険対象の総点数、自己負担額、発行日、発行者名及び発行者印が明記されている原本となります。 |   6. この証の記載事項に変更があったときは、速やかに本村へ届出をしてください。  7. 他市町村へ転出したとき又は助成対象期間が経過したときは、この証を使用することはできませんので、速やかに本村へ返してください。  **自動償還の同意事項**  自動償還(保険医療機関等において受診した際に、国頭村で手続きを行わなくても医療費助成金の受給を受けることができる)制度をご利用の際は、受診の際にこの受給資格証を保険医療機関等へ提示することにより、次の事項に同意があったものとみなします。   |  | | --- | | 国頭村母子及び父子家庭等医療費助成に関する手続き又は処分に関し、必要な個人情報を利用し、又は保険医療機関等若しくは沖縄県国民健康保険団体連合会へ提供すること。 |     　お問い合わせ　国頭村役場福祉課　電話0980-41-2101(代表)0980-41-2765(直通) |