（別記第３号様式の１）（第６条関係）

表　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　裏

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 乳幼児等医療費受給者証 |  | **注　意　事　項**１　この証は保険医療機関等にて受診する場合、自己負担分を支払わないで受診できます。２　保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口に提出してください。３　受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を町長に返してください。４　氏名、居住地に変更があったときは、１４日以内にこの証を添えて町長にその旨を届け出てください。５　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日以内に町長にその旨を届け出てください。６　この証を破ったり、汚し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　有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに町長に返してください。８　不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。 |
| **公費負担者****番号** |  | **受給者****番号** |  |
|  |
|  |
| **受****給****者** | **住　　所** |  |
| **氏　　名** |  | **男 ・ 女** |
| **生年月日** | **年　　　月　　　日** |
| **有 効 期 間** | **年　　　月　　　日から****年　　　月　　　日まで** |
| **発 行 機 関****名 及 び 印** | **寿都郡****黒松内町長** |
| **交付年月日** | **年　　　月　　　日** |