様式第２号（第４条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （表面） | | | | | | | | | | | | | | | |  | （裏面） |
| 子ども医療費  受給資格証 | | | | | | | | | | | | | | | |  | 注意事項  １　この受給資格証は、子ども医療費の給付を受けることができることを示すものですから、大切に保持してください。  ２　保険医療機関等で子どもが治療を受ける場合は、その窓口で被保険者証（又は組合員証）とともにこの受給資格証を必ず提示してください。  ３　未熟児養育医療等の公費負担医療において自己負担額を支払った場合も助成の対象となりますので、こども課で助成申請を行ってください。  ４　医療保険の給付対象とならないものは、本人の負担となります。  ５　保険者から支給された高額療養費・附加給付は、えびの市へ納付してください。  ６　子ども又は保護者について受給資格の登録内容に変更があった場合は、こども課で変更の手続きをしてください。  ７　助成期間終了又は転出等の理由により受給資格を喪失した場合は、速やかに返納してください。  ８　詳しくは、こども課にお尋ねください。  電話 |
| 受給者番号 | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 子　　ど　　も | 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | |  |
| 生年  月日 | 年　月　日 | | | | | | | | | | | | | |  |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | |  |
| 有効期間 | | 年　月　日から  年　月　日まで | | | | | | | | | | | | | |  |
| 自己  負担額 | | 自己負担　なし | | | | | | | | | | | | | |  |
| 交付  年月日 | | 年　月　日 | | | | | | | | | | | | | |  |
| 発行  機関名  及び印 | | 宮崎県えびの市　　印 | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |
| 公費  負担者  番号 | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |

（注）この受給資格証は宮崎県内の医療機関でしか使用できません。