様式第２号（その１）（第３条関係）　　　　(表)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 福 | | 福祉医療費受給者証 | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 対象区分及び負担者番号 | | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |
| 受給者 | 受給者番号 | | | |  |  |  |  |  | |  |  |
| 住所 | | | |  | | | | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | | | |
| 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 | | | | 秋田県　能代市長 | | | | | | | | |
| 交付年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | |

(裏)

|  |
| --- |
| ○　診察等を受けるときは、毎月の初回受診日に、この受給者証を医療保険証とともに保険医療機関窓口に提出してください。  注意事項  1　この証は、医療機関等に受診した際、市からその費用の一部を助成してもらうための証ですから大切にしてください。  2　医療機関等において診療を受ける場合には、毎月の初回受診日に、この証を加入医療保険証とともに、医療機関窓口に提出してください。  3　次の場合には、速やかに市長に届け出てください。  　(1)　受給者の氏名又は住所を変更したとき。  　(2)　加入医療保険を変更したとき。  　(3)　認定されている障害の等級等が変更されたとき。  　(4)　第三者行為(交通事故等)による治療を受けたとき。  　(5)　生活保護の決定を受けたとき。  　(6)　この証を破損し、汚損し、又は亡失したとき。  4　この証は、県内に所在する医療機関等において窓口適用されますので、県外の医療機関等において診療を受けた場合には、保険診療の所定の項目が記載された自己負担分の領収書等を添えて、市長に助成を申請してください。  5　この証の表面に記載してある有効期間が満了したとき、又は受給者の資格がなくなったときは、この証を使用することができませんので、速やかに市長に返還してください。  6　不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。 |

様式第２号（その２）（第３条関係）　　　　(表)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 福 | | 福祉医療費受給者証 | | | | | | | |  | | |
| (後期高齢者医療一部負担金) | | | | | | | | | | | | |
| 対象区分及び負担者番号 | | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |
| 受給者 | 受給者番号 | | | |  |  |  |  |  | |  |  |
| 住所 | | | |  | | | | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | | | |
| 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 | | | | 秋田県　能代市長 | | | | | | | | |
| 交付年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | |

(裏)

|  |
| --- |
| ○　診察等を受けるときは、毎月の初回受診日に、この受給者証を医療保険証とともに保険医療機関窓口に提出してください。　　　　　　　　　　注意事項  1　この証は、医療機関等に受診した際、市からその費用の一部を助成してもらうための証ですから大切にしてください。  2　医療機関等において診療を受ける場合には、毎月の初回受診日に、この証を加入医療保険証とともに、医療機関窓口に提出してください。  3　次の場合には、速やかに市長に届け出てください。  　(1)　受給者の氏名又は住所を変更したとき。  　(2)　加入医療保険を変更したとき。  　(3)　認定されている障害の等級等が変更されたとき。  　(4)　第三者行為(交通事故等)による治療を受けたとき。  　(5)　生活保護の決定を受けたとき。  　(6)　この証を破損し、汚損し、又は亡失したとき。  4　この証は、県内に所在する医療機関等において窓口適用されますので、県外の医療機関等において診療を受けた場合には、保険診療の所定の項目が記載された自己負担分の領収書等を添えて、市長に助成を申請してください。  5　この証の表面に記載してある有効期間が満了したとき、又は受給者の資格がなくなったときは、この証を使用することができませんので、速やかに市長に返還してください。  6　不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。 |

様式第２号（その３）（第３条関係）　　　　(表)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 福 | | 福祉医療費受給者証 | | | | | | | |  | | |
| (被用者保険被保険者〔本人〕) | | | | | | | | | | | | |
| 対象区分及び負担者番号 | | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |
| 受給者 | 受給者番号 | | | |  |  |  |  |  | |  |  |
| 住所 | | | |  | | | | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | | | |
| 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 | | | | 秋田県　能代市長 | | | | | | | | |
| 交付年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | |

(裏)

|  |
| --- |
| ○　診察等を受けるときは、毎月の初回受診日に、この受給者証を医療保険証とともに保険医療機関窓口に提出してください。  注意事項  1　この証は、医療機関等に受診した際、市からその費用の一部を助成してもらうための証ですから大切にしてください。  2　医療機関等において診療を受ける場合には、毎月の初回受診日に、この証を加入医療保険証とともに、医療機関窓口に提出してください。  3　次の場合には、速やかに市長に届け出てください。  　(1)　受給者の氏名又は住所を変更したとき。  　(2)　加入医療保険を変更したとき。  　(3)　認定されている障害の等級等が変更されたとき。  　(4)　第三者行為(交通事故等)による治療を受けたとき。  　(5)　生活保護の決定を受けたとき。  　(6)　この証を破損し、汚損し、又は亡失したとき。  4　この証は、県内に所在する医療機関等において窓口適用されますので、県外の医療機関等において診療を受けた場合には、保険診療の所定の項目が記載された自己負担分の領収書等を添えて、市長に助成を申請してください。  5　この証の表面に記載してある有効期間が満了したとき、又は受給者の資格がなくなったときは、この証を使用することができませんので、速やかに市長に返還してください。  6　不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。 |