様式第２号(第８条関係)

(表)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
|  |  | | | | |  |
| 精 | | 精神障害者医療費受給資格証 | |  |
|  | | | | |
| 公費負担者番号 | | |  | |
| 受給者番号 | | |  | |
| 受給者 | 住所 | | 奈良県橿原市 | |
| 氏名 | |  | |
| 生年月日 | |  | |
| 有効期間 | | | から  まで | |
| 発行機関名及び印 | | | 奈良県  　橿原市長 | |
| 交付年月日 | | |  | |
| (注)奈良県外で受診する場合は、自己負担額を支払う際、領収書を受け取って課窓口へ直接申請してください。 | | | | |
|  | | | | | | |

(裏)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  | 注意事項  1　この証は、健康保険制度を使って受診した際の医療に係る自己負担支払額について、助成を受けることができる証ですから大切に保持してください。  　(保険外診療は助成の対象外となります。)  2　保険医療機関等において診療を受ける場合は、電子資格確認等により被保険者であることの確認を受けるとともに、この証を必ず窓口に提出してください。  3　受給者資格がなくなったときは、直ちにこの証を橿原市長に返してください。  4　氏名又は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橿原市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日以内に橿原市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　不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として処分の対象となります。  有効期間を経過したときは、この証を使用することはできませんので、直ちに橿原市長に返してください。 |  |
|  | | |