

(表)

野田市子ども医療費助成受給券

公費負担者番号								
---------	--	--	--	--	--	--	--	--

受給者番号								
-------	--	--	--	--	--	--	--	--

子ども	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
------	--------------------

自己負担金	通院	
	入院	
	保険調剤	

野田市長



(裏)

注 意 事 項

- 1 受診をする場合は、この受給券と被保険者証を医療機関に必ず提示してください。
- 2 医療機関で本券を提示しなかった場合、県外の医療機関やこの制度の委託を受けていない医療機関で受診した場合は、保険の自己負担分及び入院時の食事療養費に係る負担金をいったん支払い、その後市で償還の手続きをしてください。後日、市より助成額をお支払いいたします。
- 3 1箇月に自己負担額が 円を超える場合は、超えた額については医療機関の窓口で支払ってください。窓口で支払った分については、後日、保険者に償還の申請を行ってください。
- 4 未熟児養育医療、育成医療、小児慢性特定疾患治療研究事業に係る医療の給付等の公費負担医療制度が適用される場合は、それらの公費医療が優先適用されます。
- 5 第三者の行為による傷病にかかる医療で、かつ、その医療に要する費用の全部又は一部につき第三者から賠償等が行われる場合は、助成対象外となります。
- 6 次のような変更があった場合は、速やかに市に届け出てください。
 - (1) 加入している健康保険を変更したとき。(受給券と新しい保険証を添付)
 - (2) 住所を変更したとき。(受給券添付)
 - (3) 氏名を変更したとき。(受給券と戸籍抄本を添付)
 - (4) 生活保護を受けるようになったとき。
 - (5) 中国残留邦人等支援給付を受けるようになったとき。
 - (6) その他資格事項に変更が生じたとき。(受給券と変更事項を証明する書類を添付)
- 7 本市外へ転出する場合は、本券を返却してください。
- 8 受給資格がない方が本制度による医療費助成を受けた場合又は市による過払いが生じた場合には、後日、市より返還請求をさせていただきます。
- 9 お問い合わせ先