

# 見本

(表)



医療福祉費受給者証

公費負担者番号	9	7	0	8	1	0	3	8
受給者番号								
受給者	住所	茨城県つくばみらい市						
	氏名							
	生年月日	年 月 日						
有効期間	自 年 月 日 至 出産日の翌月末日まで (出産予定日 年 月 日) <b>【産婦人科以外のみ有効】</b>							
発行機関名及び印	茨城県 つくばみらい市							印
交付年月日	年 月 日							

(裏)

## 注 意 事 項

- この証は、つくばみらい市医療福祉費の支給に関する条例により、医療福祉費の支給を受けることができる証ですから、大切に保管してください。
- 医療費の償還払いを申請するときは、この証と医療機関からの領収書、医療保険の保険者が発行する療養費、付加給付に関する書類、医療保険資格が確認できる書類、振込先口座が確認できるもの及び申請者の本人確認書類を持参してください。
- 加入する医療保険、扶養義務者や世帯状況及びこの証に記載してある事項に変更があったときは、速やかにつくばみらい市役所に変更届を提出してください。
- 生活保護法の適用を受けるとき、転出又は死亡したときは、すみやかにこの証をつくばみらい市役所へ返還してください。