

様式第 2 （第 5 条 関 係）

（ 表 ）

愛知県内のみ有効									
福 後期高齢者福祉医療費受給者証									
公費負担者番号									
公費負担医療の 受給者番号									
受  給  者	住 所								
	氏 名								
	生年月日								男・女
有 効 期 間		年 月 日から 年 月 日まで							
発 行 機 関 名 及 び 印									
交 付 年 月 日		年 月 日							
この証は、後期高齢者医療被保険者証に添えて医療機関の 窓口へ提出してください。									

(裏)

注 意 事 項

- 1 この証は、本人以外は使用できません。
- 2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証に添えてこの証を必ず窓口に提出してください。
- 3 受給者の資格がなくなったときは、速やかに、この証を市長に返してください。
- 4 氏名、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、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、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 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに、市長に返してください。
- 8 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ます。

(問合せ先)

備考 用紙の大きさは、縦126ミリメートル、横91ミリメートルとする。