様式第3号(第3条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **都留市　　　　　　　　【自動還付方式】**  **重度心身障害者医療費助成金受給資格者証** | | | | | | | | | | |
| ※この受給資格者証は、医療機関・薬局での医療費支払いが必要です。（自動還付） | | | | | | | | | | |
| 公費負担者番号 | | **８** | **３** | **１** | **９** | **０** | **０** | **４** | | **１** |
| 受給者番号 | |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 被保険者等記号・番号 | |  | | | | | | | | |
| 保険種別 | |  | | | | | | | | |
| 保険者番号 | |  | | | | | | | | |
| 受　給　者 | 住　　所 |  | | | | | | |  | |
| 氏名 |  | | | | | | | 性別 | |
|  | |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | |
| 有効期間 | | 年　　　　　月　　　　　日　　か　ら  年　　　　　月　　　　　日　　ま　で | | | | | | | | |
| 都留市長　　　　　　　　　　　印  　　　　　　　　　　　　　　　〇〇〇　〇〇〇 | | | | | | | | | | |
| 交付年月日 | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | |

＊色・黄色