

償還方式

受給資格証番号	この番号を入力		
受給資格者	住所		
	氏名		
	生年月日		
加入医療保険	被保険者氏名 (世帯主・組合員)		
	記号/番号		
	保険者名称		
	保険者番号		
有効期間			
発行機関名	桑名市中央町二丁目37番地 三重県桑名市長		



現物給付

公費負担者番号			
受給資格証番号			
受給資格者	住所		
	氏名		
	生年月日		
有効期間			
発行機関名	桑名市中央町二丁目37番地 三重県桑名市長		



(切り離さず山折りにして使用してください)

桑名市外へ転出した場合等、資格喪失後は、この受給資格証は使用できません。万が一使用した場合は、桑名市への返金が発生しますので、速やかに返却してください。