

別紙 コピー 一覧

① 受給者証の住所・氏名、指定医療機関名欄を開いてコピーしてください。

(一)

自立支援医療受給者証 (更生医療)	
公費負担者番号	1 5 4 7 0 0 1 6
自立支援医療費受給者番号	
受 診 者	住 所 〒900-8585 沖縄県那覇市泉崎1丁目1番1号
	フリガナ ナハ タロウ
	氏 名 那覇 太郎
	生年月日 平成元年1月1日 性別
	高年齢者等の 認定及び番号
保 護 者 <small>※十八歳未満の場合適用</small>	保険者名 重度かつ継続 非該当
保 護 者 <small>※十八歳未満の場合適用</small>	住 所 〒
	フリガナ 続 柄
	氏 名
自己負担上限額 月額 円	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
上記のとおり認定する。	
那覇市福祉事務所長	

(二)

自立支援医療受給者証 (対象となる障害名及び医療の具体的方針)	
公費負担の対象となる障害	
指 定 医 療 機 関 名	病院・診療所・薬局・訪問看護事業社名、所在地、電話番号 ○△□病院 ○△□薬局
	医療の具体的方針 見 本
特定疾病療養受療証	

※人工透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養受療証を医療機関窓口へ提出すること。

② 身体障害者手帳の氏名、障害名、住所欄を開いてコピーしてください。

(氏名) 那覇 太郎
那 覇 市

(障害名)
見 本
身体障害者 等級表に よる 級 別
旅 客 鉄 道 株 式 会 社 旅 客 運 賃 減 額

本 人 の 欄	
(現住所) 那覇市泉崎1丁目1番1号	
(現住所)	
変更年月日	福祉事務所長 又は市町村長印
(現住所)	
変更年月日	福祉事務所長 又は市町村長印
(現住所)	
変更年月日	福祉事務所長 又は市町村長印

③ 国民健康保険の方
資格確認証と特定疾病療養
受領証の住所・氏名の面を
コピーしてください。

沖縄県 国民健康保険 資格確認証		有効期限 令和8年7月31日
		発行期日 令和7年8月1日
記号	号	
氏名		性別
生年月日		負担割合
適用開始年月日		
交付年月日		
世帯主氏名		
住所		
保険者番号	900010	印
交付者名	A市	

沖縄県国民健康保険特定疾病療養受療証			
有効期限			
交付年月日			
認定疾病名			
記号		番号	
被保険者	氏名		
	生年月日		
発効期日			
自己負担限度額			
保険者番号並びに交付者の名称及び印	見本		

③ 後期高齢医療の方
資格確認証と特定疾病療養受領証の住所・氏名の面を
コピーしてください。

後期高齢者医療資格確認書		
有効期限	令和8年7月31日	
交付年月日	令和7年8月1日	
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	
被保険者	住所	
	氏名	性別
	生年月日	
資格取得年月日		
負担割合		
発効期日		
限度区分		
発効期日		
長期入院該当日		
特定疾病区分		
発効期日		
保険者番号並びに保険者の名称及び印	3 9 4 7 [] [] [] [] 沖縄県後期高齢者医療広域連合 公印	

後期高齢者医療特定疾病療養受療証		
交付年月日		
認定疾病名		
被保険者番号		
被保険者	住所	
	氏名	
	生年月日	
発効期日		
保険者番号並びに保険者の名称及び印	見本	

③ 社会保険の方は、各資格確認証と各資格確認証の特定疾病療養受領証の住所・氏名の面をコピーしてください。