

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	
受給者	〒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	
前受給者証の 記号及び番号	
保険者名	重度かつ 継続 非該当
保護者 ※十八歳未満 の場合適用	〒
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

保険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被保険者証		交付年月日 有効期限
見 本		
記号 那国 番号 000000	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 男	
世帯主氏名		
住 所 沖縄県那覇市泉崎1丁目1番1号		
交付者名 那覇市		

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	那国	番 号	000000
被 保 険 者	氏 名	那覇 太郎	
	生年月日	平成元年1月1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

保険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。

後期高齢者医療被保険者証	
有効期限	
交付年月日	
被保険者番号	000000
被 住 所	那覇市泉崎1丁目1番1号
被 保 険 者	氏 名 那覇 太郎
	生年月日 昭和20年1月1日
資格取得年月日	
発 効 期 日	
一部負担金の割合	
保険者番号並びに保険者の名称及び印	見 本

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	000000
被 住 所	那覇市泉崎1丁目1番1号
被 保 険 者 名	氏 名 那覇 太郎
	生年月日 昭和20年1月1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、各保険証と各保険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。