

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	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
保護者 <small>※十八歳未満の場合</small>	住所 〒
	フリガナ
	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  <p style="text-align: center;">見 本</p>
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にて提出すること。

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 国民健康保険の方は保険証の住所・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
<b>見 本</b>	
記号 那国	番号 000000
氏 名	ナハ タロウ 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	

③ 後期高齢医療の方は保険証の住所・氏名の面をコピーしてください。

<b>後期高齢者医療被保険者証</b>	
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
保 氏 名	那覇 太郎
險 生年月日	昭和 20 年 1 月 1 日
者 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	<b>見 本</b>

③ 社会保険の方は、各保険証の住所・氏名の面をコピーしてください。