

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	
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

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
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領証			
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
住所	那覇市泉崎1丁目1番1号
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領証	
交付年月日	
認定疾病名	
被保険者番号	000000
住所	那覇市泉崎1丁目1番1号
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。