

<裏面>

受給者証 見本

自立支援医療受給者証（精神通院）		支給要件の確認方法	
公費負担者番号			
自立支援医療受給者証番号			
受給者	フリガナ	性別	生年月日
	氏名		
	フリガナ		
	住所		
被保険者証の 記号及び番号		保険者名	
	重症かつ継続	該当	
保護者（受診者が 18歳未満の場合 記入）	フリガナ		続柄
	氏名		
	フリガナ		
	住所		
指定医療機関名	病院・診療所	所在地・電話番号	
	薬局	所在地・電話番号	
	訪問看護事業者	所在地・電話番号	
自己負担上限額	月額	20,000	円
有効期間		から	平成30年3月31日
上記のとおり認定する。			
福島県知事			
有効期間について			
経過的特例が延長された場合、平成〇年〇月〇日までとする。			

記載事項変更（追加）承認欄			
変更となる事項	変更内容	承認年月日	承認印
1 受診者氏名の変更			
2 受診者住所の変更			
3 保護者氏名の変更			
4 保護者住所の変更			
5 医療機関の変更			
1 受診者氏名の変更			
2 受診者住所の変更			
3 保護者氏名の変更			
4 保護者住所の変更			
5 医療機関の変更			
1 受診者氏名の変更			
2 受診者住所の変更			

こちらに表示されている期限まで
受給者証を使用できます。
※有効期間の始期が29年5月1日から
30年3月31日の方に、この部分の表示
があります。