

自立支援医療受給者証（精神通院医療）																	
公費負担者番号										公費受給者番号							
受 診 者 保 護 者	フリガナ																
	氏名																
	生年月日							性別									
	住所																
	保険者名																
保 護 者	被保険者記号							番号									
	フリガナ																
	氏名																
	住所																
	続柄																
指 定 医 療 機 関 名																	
自己負担上限額 (月額)		(適用開始月： から)															
重度かつ継続		有効期間		から						まで							
支給要件の 確認方法												次回診断書					
備考																	
上記のとおり認定する。																	

健康保険等に加入している方は、その資格確認を行いますので、本受給者証と併せて当該保険証を医療機関窓口にならず提示してください。人工透析を受ける方は、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提示してください。