

精神障がい者通院医療費受給者証交付・更新申請書

年 月 日

大府市長 殿

申請者

住 所 大府市 町 番地

氏 名

電 話

受 給 者 番 号		.....	.....	.....	.....
対 象 者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ			
	ふりがな	.....		男女	年 月 日生
	氏 名	.....		男女	
連 絡 先 家 族	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ			
	ふりがな	.....		対 象 者 と の 続 柄	
	氏 名	.....		
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ			
	被 保 険 者 氏 名	.....		
	保 険 種 別	政 ・ 組 ・ 船 日 ・ 共 ・ 国	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	.....
	保 険 者 名 称	.....		
	資 格 取 得 年 月 日	年 月 日		.....
担 当 医 療 機 関 名	.....		担 当 医 療 機 関 名	.....
担 当 医 療 機 関 番 号	.....		担 当 医 療 機 関 番 号	.....
備 考	添付書類 自立支援医療受給者証（精神通院）				

記入例

精神障がい者通院医療費受給者証交付・更新申請書

令和 2年 4月 1日

大府市長 殿

申請者

住 所 大府市中央町五丁目70番地

氏 名 大府 太郎

電 話 0562-45-6230

受 給 者 番 号	9	2	4	0	0	0	0
対 象 者	住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ					
	ふ り が な	おおぶ たろう				男 女	平成2年5月9日生
	氏 名	大府 太郎					
連 絡 先 家 族	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ					
	ふ り が な					対 象 者 と の 続 柄	
	氏 名						
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ					
	被 保 険 者 氏 名						
	保 険 種 別	政 ・ 組 ・ 船 日 ・ 共 ・ 国	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号				
	保 険 者 名 称						
	資 格 取 得 年 月 日	年	月	日			
担 当 医 療 機 関 名				担 当 医 療 機 関 名			
担 当 医 療 機 関 番 号				担 当 医 療 機 関 番 号			
備 考	添付書類 自立支援医療受給者証（精神通院）						