

見 本

様式第3号 (第3条関係)

(表面)

自立支援医療 (更生医療) 受給者証									
公費負担者番号	1	5	4	2	0	5	8	1	
自立支援医療費受給者番号	0	0	0	0	0	0	0		
受診者	フリガナ	トギツ タロウ			性別	生年月日			
	氏名	時津 太郎			男	女			
	フリガナ	トギツ ヨウワラゴウ							
	住所	〒 851-2198 時津町浦郷274番地1							
	被保険者証の記号及び番号	時津・1234567			保険者名	時津町			
	重度かつ継続	○ 該当 ・ 非該当							
指定医療機関名	病院・診療所	▲▲▲▲病院	所在地	〒 852-0000 長崎市〇〇町1丁目2番3号					
			電話番号	095-000-▲▲▲▲					
	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 5,000 円								
有効期間	〇〇年7月1日 から 〇〇年6月30日 まで								
上記のとおり認定する。 〇〇年7月1日				通院の方は、有効期間が必ず「〇〇年6月30日」までとなっています。					
時津町長				印					

見 本

(裏面)

自立支援医療（更生医療）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	じん臓機能障害
医療の具体的方針	血液透析（週3回）
特定疾病療養受療証	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無

※ 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提出すること。