

※(イメージ図)

自立支援医療受給者証				精神通院医療				
公費負担者番号	2	1	2	8	6	0	2	6
自立支援医療受給者番号	3	0	4	旧 様 式				
フリガナ	カネダ タロウ							
氏名	神戸 太郎							
生年月日	昭和42年09月15日							
住所	神戸市東灘区〇〇町							
保険種別等	国民健康保険							
被保険者証の記号及び番号								
フリガナ				続				
氏名								
住所								
自己負担上限額	区分	1 医療機関1日につき、400円まで (月2回/800円を限度)						
	B1							
有効期間(支給期間)	令和05年04月01日 から 令和06年03月31日 まで							
交付年月日	令和05年06月01日							
支給市町村	神戸市							
受給者証交付者の名称及び印	神戸市長 久元 喜造							



自立支援医療受給者証				精神通院医療				
公費負担者番号	2	1	2	8	6	0	2	6
自立支援医療受給者番号	3	0		現行様式 (5/18交付分以降)				
フリガナ	カネダ タロウ							
氏名	神戸 太郎							
生年月日	昭和42年 9月15日							
住所	神戸市東灘区〇〇町							
保険種別等	保健種別の印字はありません。							
被保険者証の記号及び番号								
フリガナ				国の基準に合わせて、表記を変更しました。 A ⇒ 生保 B1 ⇒ 低1 B2 ⇒ 低2 C1 ⇒ 中間1 C2 ⇒ 中間2 D ⇒ 一定以上				
氏名								
住所								
自己負担上限額	区分	1 医療機関1日につき、400円(月2日/800円を限度)						
	低1							
有効期間(支給期間)	令和5年4月1日 から 令和6年3月31日 まで							
交付年月日	令和5年6月1日							
支給市町村	神戸市							
受給者証交付者の名称及び印	神戸市長 久元 喜造							

支給要件の確認方法				医療用診断書 1年目			
				旧 様 式			
指 定 医 療 機 関 名 等	区分	名称	所在地等				
指 定 医 療 機 関 名 等	病院	〇〇病院	神戸市東灘区〇〇町				
		適用開始日: 令和05年04月01日	電話 078-000-0000				
	病院	△△病院(デイケアのみ)	神戸市東灘区△△町				
		適用開始日: 令和05年04月01日	電話 078-111-1111				
	薬局	□□薬局	神戸市東灘区□□町				
		適用開始日: 令和05年04月01日	電話 078-222-2222				
注意事項							
<ol style="list-style-type: none"> この証は、よく読んで大切に持ってください。 自立支援医療を受けるときは、毎回この証と被保険者証を指定自立支援医療機関に提示してください。 自立支援医療を受けたときは、指定自立支援医療機関ごとに支払ってください。支払う金額は、医療費の1割と自己負担上限額欄に記載されている金額を比べて、低い方の金額となります。医療機関とは診療所・病院・薬局等です。 支給認定の有効期間を経過したときは自立支援医療費の支給を受けられませんので、有効期間が経過する前に、お住まいのある区役所・支所にこの証を添えて支給の再認定の申請をください。 指定自立支援医療機関、自己負担上限額及び自己負担上限額に関する事項の変更をする必要があるときは、支給認定の変更の申請をすることができます。 この証の記載事項に変更があったときは、この証を添えて、お住まいのある区役所・支所にその旨を届け出てください。 支給認定の有効期間内に居住地を他の市町村の区域に移すと、この証は使えなくなります神戸市内であっても、居住地を移すときは、事前にお住まいのある区役所・支所にご連絡、ご相談ください。 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかにお住まいのある区役所・支所に届け出て、再交付を受けてください。また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに、お住まいのある区役所・支所に返してください。 受給者資格がなくなったときは、速やかに、この証をお住まいのある区役所・支所に返してください。 							

支給要件の確認方法				診断書有(1年目)			
				現行様式 (5/18交付分以降)			
指 定 医 療 機 関 名 等	区 名	名 称	所 在 地 等				
指 定 医 療 機 関 名 等	病院	〇〇病院	神戸市東灘区〇〇町 078-000-0000				
	病院・診療所	△△病院	神戸市東灘区△△町 078-111-1111	デイケア・検査のみの場合も 病院名のみ印字となります。			
	薬局	□□薬局	神戸市東灘区□□町 078-222-2222				
	訪問看護事業者			適用開始日の印字はありません。			
注意事項							
<ol style="list-style-type: none"> この証は、よく読んで大切に持ってください。 自立支援医療を受けるときは、毎回この証と被保険者証を指定自立支援医療機関に提示してください。 自立支援医療を受けたときは、指定自立支援医療機関ごとに支払ってください。支払う金額は、医療費の1割と自己負担上限額欄に記載されている金額を比べて、低い方の金額となります。医療機関とは診療所・病院・薬局等です。 支給認定の有効期間を経過したときは自立支援医療費の支給を受けられませんので、有効期間が経過する前に、お住まいのある区役所・支所にこの証を添えて支給の再認定の申請をください。 指定自立支援医療機関、自己負担上限額及び自己負担上限額に関する事項の変更をする必要があるときは、支給認定の変更の申請をすることができます。 この証の記載事項に変更があったときは、この証を添えて、お住まいのある区役所・支所にその旨を届け出てください。 支給認定の有効期間内に居住地を他の市町村の区域に移すと、この証は使えなくなります神戸市内であっても、居住地を移すときは、事前にお住まいのある区役所・支所にご連絡、ご相談ください。 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかにお住まいのある区役所・支所に届け出て、再交付を受けてください。また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに、お住まいのある区役所・支所に返してください。 受給者資格がなくなったときは、速やかに、この証をお住まいのある区役所・支所に返してください。 							