

表示例

(様式第4号)

(一)

自立支援医療受給者証 (精神通院)							
公費負担者番号		0	0	0	0	0	0
自立支援医療費受給者番号		0	0	0	0	0	0
受診者	フリガナ	オキナワ タロウ					
	氏名	沖縄 太郎					
	生年月日	昭和64年1月1日					
	住所	000-0000 ○○市○○0丁目0番00-000号					
被保険者証記号・番号	○国000000			保険者名	○○市		
保護者 (受診者が18歳未満の場合記入)	フリガナ					続柄	
	氏名						
	住所						
有効期間	令和05年5月1日 ~ 令和06年3月31日						
上記のとおり認定する。							
経過的特例が延長された場合は令和06年4月末日までとする。							
令和05年02月27日				沖縄県知事			

表示例

