

# 表示例

(一)

自立支援医療受給者証（精神通院）											
公費負担者番号				2	1	4	7	6	0	1	5
自立支援医療費受給者番号				0	0	0	0	0	0	1	/
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47年5月15日	性別	男							
	郵便番号	901-1104									
	住所	南風原町字宮平212-3									
	被保険者証 記号・番号	○国000001				保険 者名	○○○市				
重度かつ継続					該当						
保護者 <small>(受診者が18歳未満の場合記入)</small>	フリガナ								続柄		
	氏名										
	郵便番号										
	住所										
自己負担上限額	20,000円										
有効期間	令和2年5月1日 ~ 令和3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○年○月末日までとする。											
令和2年2月27日				沖縄県知事				印			

# 表示例