

調査対象の公費負担医療リスト

添付の要・不要	公費負担医療の名称
要	重度心身障害者
要	精神障害者
要	心身障害者
要	ひとり親（母子・父子）家庭医療
不要	自立支援医療（更生医療）
不要	自立支援医療（育成医療）
不要	自立支援医療（精神通院医療）
不要	特定疾患
不要	小児慢性特性疾病
不要	特定医療費（難病患者）
不要	子ども医療

現在の公費の受給状況は「 有 」にチェックをしてください。
見本のような受給者証、医療証の添付が必要となります。
※登録中の公費が「有」の方（既に当組合に公費の届出をされている方）は医療証の添付は不要です。

現在の公費の受給状況は「 無 」にチェックをしてください。

愛知県内のみ有効

障

心身障害者医療費受給者証

受給者番号

受給者

住所

氏名

生年月日

年

月

日

有効期間

年

月

日から

年

月

日まで

発行機関名及び印

愛知県
〇〇市長

印

交付年月日

年

月

日

名古屋市ひとり親家庭等医療

親

医療証

有効期間

令和

年

月

日から

令和

年

月

日まで

負担者番号

受給者番号

受給者

住所

氏名

生年月日

年

月

日

一部自己負担金

発行機関名及び印

愛知県

印

交付年月日