

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	0
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	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	901-1104 南風原町字宮平212-3								
	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08年5月1日 ~ 令和09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09年4月末日までとする。										
令和08年03月26日					沖縄県知事					

表示例