

重度心身障害者医療費助成金の 受給資格者証を 窓口で提示しましたか？

〇〇市（町村）重度心身障害者 医療費助成金受給資格者証			
市 町 村 番 号		事業番号	3
受 給 者 番 号			
対象者	氏 名		性別
	生 年 月 日		
	住 所		
保護者	氏 名		
	住 所		
医療保険	記 号	番号	
	被 保 険 者 氏 名		
	保 険 者 名		
発 行 機 関 名			
有 効 期 間	令和 年 月 1 日	から	
	令和 年 月 日	まで	
備 考	通院のみ		
〇年〇月〇日交付			
●●市長 印			

医療機関等
の窓口で提示
が必要です！



※受給資格者証のデザインは市町村により異なります。

◆注意事項◆

受給資格者証を提示しないと、自動償還が受けられず、市町村への申請が必要となる場合があります。

