記入見本
太枠内を記入してください

立支援医療費（精神

※印は下記参照

住所は省略せず、正式な住所を記入してください
○　正家一丁目１番地１
×　正家1-1-1

. 再認定　3. 変更（ 自己負 住所 ）　4. 医療機関追加

障害者・児	フリガナ	エナ				タロウ					年齢	20 歳	生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年		月		日				
	受診者氏名	姓 恵那				名 太郎									16		10		25				
	受診者住所	岐阜県　恵那市長島町正家一丁目１番地１											アパート等										
	電話番号	0573	－	26	－	2110					郵便番号		509	－	7201								
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2										
保護者（受診者が１８歳未満の場合記入）	フリガナ																						
	保護者氏名	本人が18歳未満の場合のみ記入してください																					
	保護者住所 ※2	住所は省略せず、正式な住所を記入してください											アパート										
	電話番号　※2	－											郵										
	保護者個人番号																						
負担額に関する事項	受診者の被保険者等記号・番号	① 123456 01									保険の種類	1. 社保本人	2. 社保家族	3. 国保一般	4. 国保退職本人									
	保険者名	② 全国健康保険協会 岐阜支部																					
	受診者と同一保険の加入者	恵那 花子																					
	受診者と同一保険の加入者個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2										
	該当する所得区分（○印）	1. 生保　2							6. 一定以上		重度かつ継続（○印）		1. 該当	2. 非該当									
診断書の添付（○印）※3		1．有　2．無（治療方針の変更なし）																					
		既存の受給者証の番号　※4	1	2	3	4	5	6	7		既存の受給者証の有効期限　※4				年 7	1	月 2	3	日 1				
		既存の手帳の番号　※5	9	8	7	6	5	4	3		既存の手帳の有効期限　※5				年 7	1	月 1	3	日 1				
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む。）		療機関番号									医療機関名				所在地								
	病院・診										大湫病院				瑞浪市大湫町121								
	薬										アイセイ薬局おおくて店				瑞浪市大湫町113-54								
	訪問事業者																						
	※6																						
	※6																						

資格情報のお知らせ
① 記号 12345678　番号 1234567　枝番 01
ｻﾄｳ ﾀﾛｳ
氏名　佐藤 太郎
生年月日　平成元年 10 月 1 日
資格取得年月日　令和 2 年 1 月 1 日
保険者番号　12345678
保険者名称 ②　全国健康保険協会○○支部

資格情報のお知らせなどを確認して記入してください

社会福祉課で記入します

精神障害者保健福祉手帳　及び
自立支援医療受給者証(精神通院)を
確認して記入してください

通っている病院名と薬局名を記入してください。
自立支援医療受給者証(精神通院)を
確認して記入してください

上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

令和　6 年　9 月　24 日

申請者氏名（受診者氏名。受診者が１８歳未満の場合は、

恵那 太郎

日付は、社会福祉課に提出した日付を記入してください。
氏名は申請者本人の名前を記入してください。

※1　該当する申請に○をすること（変更は「自己負担限度額・指定医療機関・都道府県間住所」のいずれかの変更認定の申請の場合）。
※2　受診者本人と異なる場合に記入すること。
※3　再認定（継続申請）の場合のみ記入。
※4　再認定・変更・医療機関追加の方のみ記入すること。
※5　精神障害者保健福祉手帳を所有している方のみ記入すること。
※6　複数医療機関の指定を希望する場合に記入すること（主治医が受診の必要性を認め、診断書に記載した医療機関であること。）。

マイナ保険証施行に伴う自立支援医療等の支給認定手続きについて

【健康保険証の原本が**ある場合**】
従来どおり健康保険証の原本をお持ちください。有効期限内のものは令和7年12月1日まで使用できます。
【健康保険証の原本が**ない場合**】
・加入する医療保険の保険者から交付された「資格確認書」
・加入する医療保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」
・マイナポータルの医療保険者の資格情報画面もしくはデータを印字したもの

※詳細は裏面を確認してください。

マイナ保険証施行に伴う自立支援医療等の支給認定手続きについて（詳細）

【健康保険証の原本が**ある場合**】
従来どおり健康保険証の原本をお持ちください。有効期限内のものは令和7年12月1日まで使用できます。

【健康保険証の原本が**ない場合**】
① 加入する医療保険の保険者から交付された「資格確認書」
② 加入する医療保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」
③ マイナポータルの医療保険者の資格情報画面もしくはデータを印字したもの
※ 家族の扶養に入っている場合、扶養をしている人の資格確認書等も必要です。

①



《資格情報のお知らせ》

②

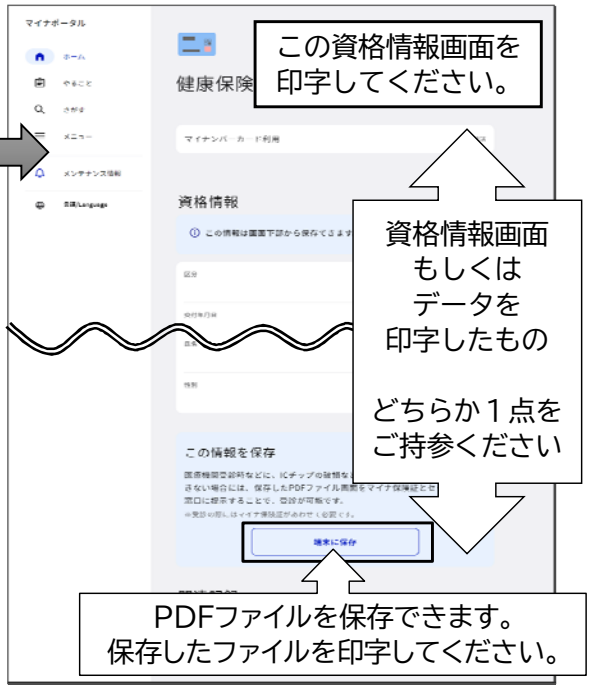


《健康保険資格確認書》

③



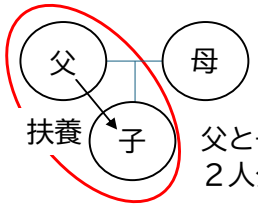
《マイナポータルの医療保険者の資格情報画面
もしくはデータを印字したもの》



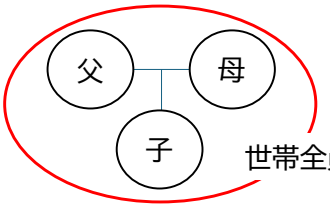
必ず印字したものをご持参ください。
スマートフォンやタブレットの画面の
提示のみでは確認ができません。

家族の扶養に入っている場合、扶養をしている人の資格確認書等も必要です。

社会保険や共済組合	国民健康保険



父と子（受給者）
２人分が必要



世帯全員分が必要

上記①②③をお持ちでない場合
マイナンバー（個人番号）により資格確認を行うため、マイナンバー（個人番号）がわかるものをお持ちください。マイナンバー（個人番号）を使用して市が情報照会することをご了承ください。資格確認のため通常よりもお手続きにお時間をいただきます。ご理解のほどよろしくお願いします。