

第11号様式 (第8条関係)

受給者番号		心身障害者医療費受給者台帳							
受給者	氏名	男	生年月日		住所				
		女	年	月				日	(. . 変更)
扶養義務者	氏名	男	生年月日		住所				
		女	年	月				日	(. . 変更)
医療保険	被保険者名 (又は組合員名)			受給者との 続柄			交付(更新・再交付) 年月日	有効期間	摘要
		(. . 変更)			(. . 変更)				
	住所					受給資格証			
		(. . 変更)							
	保険種別	国 (市町村・退・組) 健(協会・組・日) 船共	本人・家族		記号番号	受給資格証			
		国 (市町村・退・組) 健(協会・組・日) 船共	本人・家族		記号番号				
	保険者番号 及び名称								
		(. . 変更)							
所在地									
	(. . 変更)								
(備考)									