

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	(. . 変更)						
		女	年	月				日				
扶養義務者	氏名	男	生年月日		住所	(. . 変更)						
		女	年	月				日				
医療保険	被保険者名 (又は組合員名)	(. . 変更)		受給者との 続柄	(. . 変更)		交付(更新・再交付) 年月日	有効期間	摘要			
	住所	(. . 変更)						受給資格証	. . ~ . .			
	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					. . ~ ~ . .	
			(. . 変更)									
	保険者番号 及び名称	(. . 変更)						. . ~ ~ . .			
所在地	(. . 変更)						. . ~ ~ . .				
(備考)												