第12号様式

|  |
| --- |
| 　 |
| 　 | 受給者番号 | 　 | 精神障害者医療費受給資格者台帳 | 　 |
| 受給者 | 氏名 | 男女 | 生年月日年　　月　　日　 | 住所 | 　 |
| (　．　　．変更) |
| 　扶養義務者 | 氏名 | 男女 | 生年月日年　　月　　日　 | 住所 | 　 |
| (　．　　．変更) |
| 医療保険 | 被保険者名(又は組合員名) | 　 | 受給者との続柄 | 　 | 受給資格証 | 交付(更新・再交付)年月日 | 有効期間 | 摘要 |
| (　．　．変更) | (　．　．変更) |
| 住所 | 　 | ．　　． | 　．　．～　．　． | 　 |
| (　．　．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 | 　 |
| 　 | ．　　． | 　．　．～　．　． | 　 |
| 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) |
| 　 |