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) | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |