

申請事由

該当する番号に  
○を付けてください。

申請事由

私は、次のとおり自立支援医療費の支給認定にかかる申請をします  
(受診者本人又は受診者が18歳未満の場合に保護者の氏名、記名押印又は自筆)

相模原市長 あて 申請者氏名

事由	1	新規申請	3	更新(再承認)【診断書添付: 有・無】
	2	更新(継続)【診断書添付: 有・無】	4	転入申請

申請年月日 4年7月 ← 1日 既存の受給者証の有効期限 令和4年7月末日

受給者番号 87654321 : 個人番号 123456789012

フリガナ サガミ タロウ

受診者の氏名 相模 太郎

受診者の住所 相模原市中央区中央2丁目11番15号

電話番号 (042) 769-9813

受診者が18歳未満の場合

保護者の氏名

保護者の住所 相模原市 区

被保険者証に関する事項 (受診者の保険証)

1 被用者(本人) 2 被用者(家族) 3 国民健康保険 4 後期高齢 5 生活保護(福祉事務所) 6 その他

記号 10 番号 88888888 3

保険者番号 140103 4 保険者名 相模原市 5

受診者と同一保険の加入者

国民健康保険の方は、国民健康保険に加入している家族をすべて。社会保険の方は、被保険者の名前を記入してください。

受診者と同一保険の加入者 (氏名・個人番号・続柄)

氏名

個人番号

氏名

個人番号

氏名

個人番号

所得区分に関する事項

生保 低1 低2 中間1 中間2 一定以上 重度かつ継続 該当 非該当

指定医療機関に関する事項

診療の種類 名称 所在地・電話番号

一般診療(病院・診療所) ○○クリニック 相模原市中央区中央〇-〇-〇

上記以外に医療機関を申請する場合は、該当する区分に○をしてください。その他は、( ) 内に記入してください。

訪問看護 (その他) □□訪問看護ステーション 相模原市南区相模大野〇-〇-〇

薬局 △△薬局××店 相模原市緑区橋本〇-〇-〇

提出される方が申請者本人でない場合は記入してください。

申請書を提出した者

氏名

住所 ※申請者本人と異なる場合に記入

指定医療機関に関する事項

受診する医療機関名を記入してください。

受給者番号

個人番号

氏名

住所

生年月日

性別

事業所所在地

資格所得年月日

世帯主

住所

交付年月日

保険者番号

※身元確認注意事項(代理申請の場合は、代理人の身元確認を行う。・写真の無い身元確認書類は2点以上必要。)

○受給者番号・既存の受給者証の有効期限  
※新規申請の方は空白で結構です

見本

自立支援医療受給者証(精神通院)

指定医療機関名

受給者番号 87654321

氏名 相模 太郎

住所 相模原市中央区中央〇-〇-〇

生年月日 昭和〇〇年〇月〇日 男

有効期間 令和3年8月1日から 令和4年7月31日まで

平成22年4月1日 相模原市長

○個人番号(マイナンバー)



個人番号通知書

個人番号 1234 5678 9012

氏名 番号 太郎

生年月日 令和2年6月1日

マイナンバー通知書

○受診者の保険証

国民健康保険被保険者証

有効期限 令和〇〇年〇月〇〇日

記号 10 番号 88888888

氏名 相模 太郎

生年月日 昭和〇〇年〇月〇〇日 性別 男

資格所得年月日 平成〇〇年〇月〇〇日

世帯主 相模 太郎

住所 相模原市中央区中央2-11-15

交付年月日 令和〇〇年〇月〇〇日

保険者番号 140103 保険者名 相模原市

健康保険 家族(被扶養者) 00000

被保険者証 平成〇〇年〇月〇〇日交付

記号 666666 番号 333

氏名 相模(ガミ) 太郎(知ウ)

生年月日 昭和〇〇年〇月〇〇日 性別 男

認定年月日 平成〇〇年〇月〇〇日

被保険者氏名 相模 花子

事業所所在地 相模原市中央区富士見〇-〇-〇

事業所名 ウェルネスさがみはら

保険者番号 77777777

保険者名称 全国健康保険協会 相模支部

保険者所在地 相模原市中央区富士見〇-〇-〇