

愛知県内のみ有効

障 心身障害者医療費受給者証

受給者番号			
受給者	住所	見本	
	氏名		
	生年月日		
有効期間			
発行機関名及び	愛知県一宮市長	[印]	
交付年月日			

この証は、被保険者証（又は組合員証）に添えて医療機関の窓口へ提示してください。

愛知県内のみ有効

神 障害者医療費受給者証
障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第58条の通院のみ有効

受給者番号			
受給者	住所	見本	
	氏名		
	生年月日		
有効期間			
発行機関名及び	愛知県一宮市長	[印]	
交付年月日			

この証は、被保険者証（又は組合員証）に添えて医療機関の窓口へ提示してください。医療機関の限定があります。（裏面参照）

愛知県内のみ有効

子 子ども医療費受給者証

受給者番号			
受給者	住所	見本	
	氏名		
	生年月日		
有効期間			
発行機関名及び	愛知県一宮市長	[印]	
交付年月日			

この証は、被保険者証（又は組合員証）に添えて医療機関の窓口へ提示してください。

愛知県内のみ有効

親 母子・父子家庭等医療費受給者証

受給者番号			
受給者	住所	見本	
	氏名		
	生年月日		
有効期間			
発行機関名及び	愛知県一宮市長	[印]	
交付年月日			

この証は、被保険者証（又は組合員証）に添えて医療機関の窓口へ提示してください。

受給者証の印刷色（緑・赤・青・橙）

愛知県内のみ有効

福 後期高齢者福祉医療費受給者証

公費負担者番号	8	9	2	3	2	0	3	7
公費負担医療の受給者番号								
受給者	住所	見本						
	氏名							
	生年月日							
有効期間								
発行機関名及び	愛知県一宮市長	[印]						
交付年月日								

この証は、後期高齢者医療被保険者証に添えて医療機関の窓口へ提示してください。