

記入例 保険変更（上限額変更あり）

自立支援医療費（精神通院医療） 〔新規・再認定・ 変更 ・他県からの転入・再発行（理由を記載すること）のいずれかに○をする。〕													
障害者・児	フリガナ 受診者氏名	シメ タロウ 志免 太郎					年齢	46歳	生年月日 大・ 昭 ・平・令 50年5月1日				
	フリガナ 受診者住所	シメマチ シメチュウオウ (〒811-1234) 志免町志免中央1丁目1番1号					電話番号	092-123-4567					
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
受診者が場18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名						受診者との関係（いずれかに○）	父・母・祖父母 兄弟姉妹・その他（ ）					
	フリガナ 保護者住所 ※2						電話番号 ※2						
	保護者個人番号												
負担額に関する事項	保険の種類 ※3	健保（ 本人 ・家族）、国保（一般・退職本人・退職家族）、船保（本人・家族）、各種共済（本人・家族）、老保、労災、生保（受給中・申請中）、その他（ ）											
	受診者の被保険者証の記号及び番号	56789012 345					保険者名	全国健康保険協会 福岡支部					
	受診者と同一保険の加入者	志免 一郎											
	受診者と同一保険の加入者個人番号	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	該当する所得区分 ※4	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・ 未申請				
障害年金等 ※5	無	有 （種類： 障害年金2級 ）											
身体障害者・精神障害者 保健福祉手帳番号													
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む） 種別には、病院・診療所、薬局、デイケア、訪問看護を記入してください。※6	種別	医療											
受給者番号 ※7	2012345					既存の受給者証の有効期限 ※7	令和 3年7月31日 (平成 年 月 日)						
治療方針の変更 ※8	有・無					前年度診断書の添付 ※8、※9	有・無						
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。													
申請者氏名 志免 太郎 志免 ※10 令和 3年6月1日 福岡県精神保健福祉センター所長 殿													

新しい保険について記入

健保（社会保険）：受診者が被保険者である場合は記入不要
受診者が被扶養者である場合は**被保険者を記入**

国保・後期高齢：同世帯で同じ保険の方を**全員記入**

生活保護：記入不要

- ※1 該当する新規・再認定・変更（自己負担上限額及び指定自立支援医療機関の変更認定の申請の場合）・他県からの転入・再発行（理由を記載すること）のいずれかに○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 該当する保険の種類全てに○をする。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 ※4で低1・低2に該当する場合のみ記入する。（有の場合は、障害年金、遺族年金、老齢年金、特別児童扶養手当等の種類も記入。）
- ※6 変更の際は、①医療機関の追加のみの場合、追加する医療機関のみを記載の上、追加に○をする。②医療機関の変更の場合は、新・旧の医療機関を記載の上、追加・削除に○をする。
- ※7 再認定・変更・他県からの転入・再発行の場合のみ記入する。
- ※8 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入する。
- ※9 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写し）の添付状況に○をする。
- ※10 申請者氏名については、記名押印（印鑑は3枚全てに押すこと）又は自筆による署名のいずれかとする。

注）申請の際は、診断書等の必要書類の他、被保険者証の写しを添付すること。

市町村受付印