

## 2. 千葉県の受給者証の記載について

自立支援医療受給者証 (精神通院)		千葉県知事 印	
平成○年○月○日認定			
公費負担者番号	2 1 1 2 6 0 1 6		
受給者番号	1 1 1 1 1 1 1		
受診者	氏名	千葉 太郎 男性	
	生年月日	昭和○年○月○日	
	住所	○市○町○-○	
	被保険者証 記号・番号	○○-○○○○	
保険者名	○○会社健康保険組合		
保護者	氏名		
	住所		
指定医療機関等	指定	○○病院	
	医療機関等	△△調剤薬局 ××訪問看護	
自己負担上限額		重度かつ継続	
有効期間	平成18年○月○日から平成19年○月○日まで		
支給要件の確認方法			
備			

千葉県の公費負担者番号です。通院医療費公費負担制度の場合と変わりません。

平成18年4月からの、新しい受給者番号です。再認定後も、変わりません。

審査会ごとの認定日が記載されています。ただし、「みなし認定」の場合は、「平成18年4月1日」と記載されています。

受診者が18歳未満の場合のみ記載されています。

記載されていない医療機関では利用できません。また、記載されている医療機関であっても、治療の内容(精神医療以外の場合等)によっては、公費負担となりません。

必ず御確認ください。(新規の場合の始期は、受付日からです)

医療用(1年目)、医療用(2年目)  
手帳用(1年目)、手帳用(2年目)  
手帳で新規 のいずれかが入る。

**記載例**  
 ○円…生活保護受給世帯の方で、全額公費負担の方  
 2,500円…1割負担で月額上限額 2,500円の方  
 5,000円…1割負担で月額上限額 5,000円の方  
 10,000円…1割負担で月額上限額10,000円の方  
 20,000円…1割負担で月額上限額20,000円の方  
 \* \* \* \* \* …1割負担で月額上限額の設定のない方

**記載例**  
 該当 …「重度かつ継続」該当の方  
 非該当 …「重度かつ継続」に該当しない方、申請されていない方  
 \* \* \* \* \* …一定所得以下の方で、「重度かつ継続」の判定を要さない方