

**医療費公費負担制度に基づく医療証をお持ちの場合は、
この欄への記入をお願いします**

国や地方自治体から医療費の助成を受けられる医療証(当国保組合発行の「被保険者証」や「高齢受給者証」以外の医療証)をお持ちの場合は、下記に氏名・医療証に記載されている「公費負担者番号」・「受給者番号」をご記入ください。

※ 意見書(装具装着証明書)の意見日時点で有効のものに限ります。

【例】 乳幼児医療証、障がい者医療証、老人医療証 等

| 氏名 | 公費負担者番号 | 受給者番号 |
|----|---------|-------|
| | | |
| | | |