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（当国保組合から発行している「資格情報のお知らせ」・「資格確認書」・「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 、障がい者医療医療証 、老人医療医療証 等

氏 名	公 費 負 担 者 番 号								受 給 者 番 号						