愛知県内のみ有効

子 医療費受給者証

受給者番号	
氏　　名	
生年月日	
住　　所	
保 護 者	
有効期間	
発行機関名及び印	愛知県豊田市長　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出してください。

愛知県内のみ有効

障 医療費受給者証

受給者番号		
受給者	住所	
	氏名	
	生年月日	
有効期間		
発行機関名及び印	愛知県豊田市長 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出してください。

全診療科対象　愛知県内のみ有効

精　医療費受給者証

受給者番号		
受給者	住　所	
	氏　名	
	生年月日	
有効期間		
発行機関名及び印		愛知県豊田市長　印
交付年月日		

この証は、保険医療機関等において診療を受けるときに医療機関の窓口へ提出してください。医療機関の方は、裏面をご覧ください。

自立支援医療(精神通院)との併用のみ有効

愛知県内のみ有効

精 医療費受給者証

受給者番号		
受給者	氏名	
	生年月日	
	住所	
有効期間		
発行機関名及び印	愛知県豊田市長	印
交付年月日		

この証は、保険医療機関等において診療を受けるときに自立支援医療（精神通院）受給者証に添えて医療機関の窓口へ提出してください。

愛知県内のみ有効

母 医療費受給者証

受給者番号		
受給者	住所	
	氏名	
	生年月日	
有効期間		
発行機関名及び印		愛知県豊田市長 印
交付年月日		

この証は、保険医療機関等において診療を受けるときに医療機関の窓口へ提出してください。

愛知県内のみ有効

福 福祉給付金受給者証

公費負担者番号	8 9 2 3 2 1 1 0
公費負担医療の受給者番号	
受給者 住所	
受給者 氏名	
受給者 生年月日	
有効期間	
発行機関名及び印	愛知県豊田市長 印
交付年月日	

この証は、保険医療機関等において診療を受けるときに医療機関の窓口へ提出してください。

自立支援医療（精神通院）との併用のみ有効　　愛知県内のみ有効

(福) 福祉給付金受給者証

公費負担者番号	8 9 2 3 2 1 1 0
公費負担医療の受給者番号	
受給者 氏名	
受給者 生年月日	
受給者 住所	
有効期間	
発行機関名及び印	愛知県豊田市長　印
交付年月日	

この証は、後期高齢者医療被保険者証及び自立支援医療（精神通院）受給者証に添えて医療機関の窓口へ提出してください。