

見本

特定医療費（指定難病）受給者証					
公費負担者番号				受給者番号	
受 診 者	フリガナ				
	氏名				
	生年月日				
	住所				
保 険 者					
被保険者証の 記号・番号			適用区分		
保 護 者	フリガナ			続柄	
	氏名				
	住所				
疾 病 名					
指定医療機関名	各都道府県または政令指定都市の 指定する難病指定医療機関				
負 担	自己負担 上限月額	月額	円	階層区分	
	人工呼吸 器等装着		高額かつ 長期	軽症者 特例	
	受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は 小児慢性特定疾病の医療費助成の受給者				
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで				
令和 年 月 日 交付					
秋田県知事 ○○ ○○ 印					