

現行

(新) …65歳以上の方で、平成15年10月1日以降に新たに受給資格を取得した方が対象。
 (福) …(新)以外の方が対象。

後期高齢者医療以外の方

(福) 障害医療費受給者証 (医療機関提示用)	
公費負担者番号	4 6 3 9 0 0 1 9
受給者番号	
受給者	住所 〒 高知市
	氏名
	生年月日 年 月 日
保険者番号	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
交付年月日	年 月 日
発行機関名及び印	高知市長 印

(新) 障害医療費受給者証 (医療機関提示用)	
公費負担者番号	4 6 3 9 0 0 1 9
受給者番号	
受給者	住所 〒 高知市
	氏名
	生年月日 年 月 日
保険者番号	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
交付年月日	年 月 日
発行機関名及び印	高知市長 印

後期高齢者医療加入者

(福) 高齢障害者医療費受給者証 (医療機関提示用)	
公費負担者番号	4 7 3 9 0 0 1 8
受給者番号	
受給者	住所 〒 高知市
	氏名
	生年月日 年 月 日
保険者番号	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
交付年月日	年 月 日
発行機関名及び印	高知市長 印

(新) 高齢障害者医療費受給者証 (医療機関提示用)	
公費負担者番号	4 7 3 9 0 0 1 8
受給者番号	
受給者	住所 〒 高知市
	氏名
	生年月日 年 月 日
保険者番号	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
交付年月日	年 月 日
発行機関名及び印	高知市長 印



・受給者証の名称を統一
 ・(福)に統一

変更

(福) 障害医療費受給者証 (医療機関提示用)	
公費負担者番号	
受給者番号	
受給者	住所 〒 高知市
	氏名
	生年月日 年 月 日
保険者番号	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
交付年月日	年 月 日
発行機関名及び印	高知市長 印

後期高齢者とそれ以外の方は、現行どおり色分



後期高齢者医療以外の方

(福) 障害医療費受給者証 (医療機関提示用)	
公費負担者番号	4 6 3 9 0 0 1 9
受給者番号	
受給者	住所 〒 高知市
	氏名
	生年月日 年 月 日
保険者番号	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
交付年月日	年 月 日
発行機関名及び印	高知市長 印

後期高齢者医療加入者

(福) 障害医療費受給者証 (医療機関提示用)	
公費負担者番号	4 7 3 9 0 0 1 8
受給者番号	
受給者	住所 〒 高知市
	氏名
	生年月日 年 月 日
保険者番号	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
交付年月日	年 月 日
発行機関名及び印	高知市長 印