

ひとり親家庭等医療費受給者証

負担者番号 8 5 2 8 4 0 3 2

受給者番号 3 5 1 0 0 8 8

住所 650-0001
神戸市中央区加納町6丁目5番1号

氏名 神戸 秋子

生年月日 昭和52年 10月 1日

一部負担金 外来 1日 400円まで(月2回)
入院 1割負担 1,600円まで

有効期間 令和2年 7月 1日から
令和3年 6月 30日まで

発行機関名及び印 神戸市長印

交付年月日 令和2年 7月 1日

見本

印

受給証の色は見本と異なる場合があります