

自立支援医療（精神通院医療）

自立支援医療費受給者証（精神通院医療）をお持ちの方へ
お持ちの受給者証の有効期間が自動延長されます

- 👉 **新型コロナウイルス対策のための期間限定の措置として**
下の①②をどちらも満たす方は、お手持ちの受給者証の有効期間の終了日が、自動的に1年間延長されます。継続(更新)手続きは不要です。

- ① 現在自立支援医療費受給者証（精神通院医療）をお持ちの方
② 自立支援医療費受給者証の有効期間の終了日が
令和2年3月1日～令和3年2月28日までの方

- 👉 自動継続分の受給者証の再発行は行いません。
有効期間の終了日を読み替えますので、お手持ちの受給者証をそのままご利用ください。（大阪市・堺市に在住の方は、両市が発行します）
終了日以外の記載内容は、そのまま持ち越します。
（詳しくは裏面をご覧ください。）
- 👉 有効期間を自動延長した場合、次回継続時の診断書の要・不要については、元の受給者証に記載のとおりとします。
- 👉 すでに継続(更新)手続きが完了している場合は、特に対応は必要ありません。
- 👉 **変更手続きは従来どおり申請や届け出が必要**です。
（保険・所得区分・医療機関・住所等の変更）
変更内容を反映した受給者証を発行します。
※通常どおりの継続申請も受け付けています。

【作成元】大阪府こころの健康総合センター 総務課
自立支援医療担当 tel: 06-6691-3749

（裏面もご参照ください）

(例) お手持ちの受給者証の見方

自立支援医療受給者証 (精神通院)			
公費負担者番号	2 1 2 7 6 0 1	別添用紙(2年用) (次回継続申請時に診断書の提出が必要です。)	有効期限(2年)
自立支援医療費受給者番号			
フリガナ		性別	生年月日
氏名			
住所			
被保険者証の記号及び番号		保険者名	
重複かつ継続			
保護者(受給者が18歳未満の場合記入)	フリガナ	フリガナ	フリガナ
	氏名	氏名	氏名
	住所	住所	住所
通院		所在地・電話番号	
薬局		所在地・電話番号	
		所在地・電話番号	
		所在地・電話番号	
		所在地・電話番号	
自己負担上限額	月額	円	
有効期間	令和元年5月1日	から	令和2年5月31日 まで
上記のとおり認定する。 令和元年5月15日 大阪府知事 吉村 洋文			

この記載内容は持ち越し。
左記の例では、次回継続時には
診断書の提出が必要です。

受給者番号、健康保険内容、
所得区分、指定医療機関名等、
有効期間の終期以外の内容は変わり
ません。
**変更が生じる時は、通常通り変更申
請または届出が必要です。**
変更内容を反映した受給者証を発
行します。

左記の例では、有効期間の終期
を1年延長し、
「令和3年5月31日」
と読み替えます。

有効期間の読み替え (例)

現在お持ちの受給者証の有効期間		適用後 (読み替えて下さい)
令和元年 4月 1日	～ 令和2年 3月 31日	～ 令和3年 3月 31日
令和元年 5月 1日	～ 令和2年 4月 30日	～ 令和3年 4月 30日
令和元年 6月 1日	～ 令和2年 5月 31日	～ 令和3年 5月 31日
令和元年 7月 1日	～ 令和2年 6月 30日	～ 令和3年 6月 30日
令和元年 8月 1日	～ 令和2年 7月 31日	～ 令和3年 7月 31日
令和元年 9月 1日	～ 令和2年 8月 31日	～ 令和3年 8月 31日
令和元年 10月 1日	～ 令和2年 9月 30日	～ 令和3年 9月 30日
令和元年 11月 1日	～ 令和2年 10月 31日	～ 令和3年 10月 31日
令和元年 12月 1日	～ 令和2年 11月 30日	～ 令和3年 11月 30日
令和2年 1月 1日	～ 令和2年 12月 31日	～ 令和3年 12月 31日
令和2年 2月 1日	～ 令和3年 1月 31日	～ 令和4年 1月 31日
令和2年 3月 1日	～ 令和3年 2月 28日	～ 令和4年 2月 28日

※ 上記表左の有効期間の受給者証をお持ちの方は、
今回に限り継続(更新)手続きなく受給者証をご利用いただけます。