

生活保護法医療券・調剤券(分)

後保

公費負担者 番 号						有効期間	
受給者番号						単独・併用別	
氏 名							
居 住 地							
指 定 医 療 機 関 名							
指定医療機関 所在地							
処方元 指定医療機関名							
処方元 指定医療機関住所							
傷 病 名	(1)					診 療 別	
	(2)					本人支払額	円
(3)							
担当員	取扱担当者名						
備 考	社 会 . 保 険						
	感染症の予防及び感染症の 患者に対する医療に関する 法律第37条の2						
	そ の 他						

- 備考 1 この用紙は、A列4番白色紙黒色刷りとすること。
- 2 「指定医療機関名」欄に指定訪問看護事業者の名称を記入する場合には、訪問看護ステーションの名称も併せて記入すること。