

生活保護法医療券・調剤券（ 年 月分）

公費負担者 番 号										有 効 期 間		日から 日まで
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)											
	(3)									本人支払額	円	
担当員 取扱担当者名 河内長野市福祉事務所長												
備 考	社 会 保 険								あ り (健 ・ 共) な し			
	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								あ り な し			
	そ の 他											
	備 考											

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。