

生活保護法医療券

交付番号 第 _____ 号
(_____ 分)

公費負担者号							有効期間	日から 日まで
受給者番号							単独・併用別	
氏名	() 生							
居住地								
指定医療機関名								
傷病名	(1)	診療別		入院外 歯科 調剤 訪問看護				
	(2)							
	(3)	本人支払額		円				
地区担当	取扱担当者							印
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							

注1. 「指定医療機関名」欄に指定訪問看護事業者等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してください。

注2. この券の保存期間は、1年です。

注3. 個人情報が記載されていますので、取扱には御留意願います。

生活保護法調剤券

交付番号 第 号
(分)

公 費 負 担 者 号 番 号								有 効 期 間	日 从 日 至
受 給 者 番 号								単 独 ・ 併 用 別	
氏 名	() 生								
居 住 地									
指 定 医 療 機 関 名	()								
傷 病 名	(1)	診 療 別	入 院 入 院 外 歯 科 調 剤 訪 問 看 護						
	(2)								
	(3)	本 人 支 払 額	円						
地 区 担 当	取 扱 担 当 者								印
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 3 7 条 の 2	あり なし							
	そ の 他								

注 1. 「指定医療機関名」欄に指定訪問看護事業者等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してください。

注 2. この券の保存期間は、1年です。

注 3. 個人情報に記載されていますので、取扱には御留意願います。