

生活保護法医療券・調剤券 ()

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	単	独・併用	
氏名	(男・女) 年月日生										
居住地											
指定医療機関名											
傷病名	(1)							診療別	入院	歯科	
	(2)								入院外	調剤	
	(3)								訪問看護		
							本人支払額	円			
地区担当員名	取扱担当者名 堺市 保健福祉総合センター所長										
備	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			
考	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事。
 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。