

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) (2) (3)							診療別	入院	歯科	
									入院外	調剤	
								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											
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		
	その他の										

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。