

再発行 様式番号

文書番号

交付番号

生活保護法医療券・調剤券(診療年月分)

後保

公費負担者 番 号	公費負担者番号		有 効 期 間	有効期間
受給者番号	受給者番号		単独・併用別	単独・併用
氏 名	カナ氏名 氏名		性別	生年月日
居 住 地	居住地			
指 定 医 療 機 関 名	指定医療機関名		医療機関コード	
指定医療機関 所在地	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名		処方元指定医療機関コード	
処方元 指定医療機関住所	処方元指定医療機関住所			
傷 病 名	(1) 傷病名 (1)	診 療 別	診療別	
	(2) 傷病名 (2)			
	(3) 傷病名 (3)	本人支払額	本人支払額	円
担当員	地区担当員	取扱担当者名	取扱担当者名	
		自治体名称	役職名	印
		発行者氏名		
備 考	社 会 保 険	社会保険状況		
	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	第37条の2該当状況		
	そ の 他	後保該当者の文言 県費該当者の文言		
	備考	備考内容		

ケース番号

世帯員番号

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。