

医療券交付願書

北九州市 _____ 福祉事務所長 様

下記の者について、生活保護法による医療を提供しましたので、医療券の交付をお願いします。

依頼年月日		年 月 日									
医療機関コード※① (6桁)	指定医療機関コード (7桁)										
医療機関名											
所在地		〒 —									
担当者名											
電話番号		— —									

※①北九州市から送付する医療券に記載のある「医療機関コード」

No	当月初回 診療月日	ケース番号 または 受給者番号※②	患者氏名	生年 月日	診療科	診療別 (入院・外来)	公費併用 あり (他公費以外分があ れば記入)	備考
1						入院・外来		
2						入院・外来		
3						入院・外来		
4						入院・外来		
5						入院・外来		
6						入院・外来		
7						入院・外来		
8						入院・外来		
9						入院・外来		
10						入院・外来		
11						入院・外来		
12						入院・外来		
13						入院・外来		
14						入院・外来		
15						入院・外来		
16						入院・外来		
17						入院・外来		
18						入院・外来		
19						入院・外来		
20						入院・外来		

※②不明な場合は、記入不要

※入院の場合は、要否意見書をお送りしますので速やかにご記入いただき、福祉事務所までご返送ください