

医療券FAX請求用紙

東広島市 健康福祉部 生活福祉課 保護係 宛

(FAX 082-420-0913)

請求年月日(西暦8桁)		連絡先(☎)		担当者名	
医療機関コード(10桁)		医療機関名			

※受給者番号と生年月日で個人を特定いたします(受給者番号不明の場合は、空欄で結構です)。

No.	券種	生年月日(西暦8桁)	受給者番号(7桁)	請求月の初回受診日 または入院開始日(西暦8桁)	公費負担医療の対象者の場合 該当の公費にチェックし、公費対象外の傷病名を記入してください。公費対象外の傷病名がない場合は医療券を発行できません。
		フリガナ 氏名		請求月 備考(退院日など)	
記入例	☐ 入院 ☒ 入院外 ☐ 歯科	198001011234567	イリョウ タロウ 医療 太郎	20210601 6月 意見書の提出がお済みでない場合は提出をお願いします。	☒ 自立支援医療(精神通院) ☐ 指定難病等(公費対象外の主たる傷病名 皮膚炎)
1	☐ 入院 ☐ 入院外 ☐ 歯科				☐ 自立支援医療() ☐ 指定難病等() 公費対象外の主たる傷病名 ()
2	☐ 入院 ☐ 入院外 ☐ 歯科				☐ 自立支援医療() ☐ 指定難病等() 公費対象外の主たる傷病名 ()
3	☐ 入院 ☐ 入院外 ☐ 歯科				☐ 自立支援医療() ☐ 指定難病等() 公費対象外の主たる傷病名 ()
4	☐ 入院 ☐ 入院外 ☐ 歯科				☐ 自立支援医療() ☐ 指定難病等() 公費対象外の主たる傷病名 ()
5	☐ 入院 ☐ 入院外 ☐ 歯科				☐ 自立支援医療() ☐ 指定難病等() 公費対象外の主たる傷病名 ()
6	☐ 入院 ☐ 入院外 ☐ 歯科				☐ 自立支援医療() ☐ 指定難病等() 公費対象外の主たる傷病名 ()
7	☐ 入院 ☐ 入院外 ☐ 歯科				☐ 自立支援医療() ☐ 指定難病等() 公費対象外の主たる傷病名 ()
8	☐ 入院 ☐ 入院外 ☐ 歯科				☐ 自立支援医療() ☐ 指定難病等() 公費対象外の主たる傷病名 ()
9	☐ 入院 ☐ 入院外 ☐ 歯科				☐ 自立支援医療() ☐ 指定難病等() 公費対象外の主たる傷病名 ()
10	☐ 入院 ☐ 入院外 ☐ 歯科				☐ 自立支援医療() ☐ 指定難病等() 公費対象外の主たる傷病名 ()