

請求年月日はFAX送信日を
記入してください。

医療券FAX請求用紙

止課 保護係 宛

(FAX 082-420-0913)

請求年月日(西暦8桁)	20250401	連絡先(☎)	082-420-0405	担当者名	〇〇
医療機関コード(10桁)	3412519999	医療機関名	●●病院		

※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	☒ 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	199012319999999	イリョウ ハナコ 医療 花子	20250301 3月 3/25退院	☐ 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			月	☐ 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			月	☐ 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			月	☐ 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			月	☐ 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			月	☐ 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			月	☐ 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			月	☐ 自立支援医療() ☐ 指定難病等() 公費対象外の主たる傷病名()

受給者番号は、医療券に記載されています。初診の場合は空欄で構いません。

対象者が公費を持っていない、または持っているか不明の場合は空欄で構いません。