

医療券・調剤券請求書

年 月 日

尼崎市南部保健福祉センター所長 様

医療機関コード
指定医療機関名

次の方について、診療・調剤を行いましたので、生活保護法の医療券・調剤券を請求します。

氏名・生年月日 地区コード・ケースNO・現住所 ※現住所はケースNO不明の場合のみ記入			診療日 調剤日	受診医療機関名 受診医療機関コード	診療別	備考 (注1)
氏名			／		入院外 歯科 調剤	初診・再診
生年月日 生						
地区コード	ケースNO	現住所				
氏名			／		入院外 歯科 調剤	初診・再診
生年月日 生						
地区コード	ケースNO	現住所				
氏名			／		入院外 歯科 調剤	初診・再診
生年月日 生						
地区コード	ケースNO	現住所				
氏名			／		入院外 歯科 調剤	初診・再診
生年月日 生						
地区コード	ケースNO	現住所				
氏名			／		入院外 歯科 調剤	初診・再診
生年月日 生						
地区コード	ケースNO	現住所				
氏名			／		入院外 歯科 調剤	初診・再診
生年月日 生						
地区コード	ケースNO	現住所				
氏名			／		入院外 歯科 調剤	初診・再診
生年月日 生						
地区コード	ケースNO	現住所				

注1) 自立支援医療費や特定医療費（指定難病）等の受給者証を所持している方について、医療券・調剤券を請求する場合、備考欄に『21外（精神通院）』『15外（厚生医療）』『54外（指定難病）』等とご記載ください。

注2) 記入もれがあった場合は、発券が遅くなる場合がありますのでご注意ください。

(送信先) 尼崎市南部保健福祉センター 保健福祉管理課
〒660-0876 尼崎市竹谷町2丁目183番地出屋敷リベル5階
電話 06-6415-6196 FAX 06-6430-6801
(番号を間違えないよう注意してください)