

(様式1)

高槻市生活福祉総務課 宛

記入例 (医療券)

医療券・調剤券 発行依頼書

〇〇年〇月〇日

太枠内を全て
入力してください。

所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇-〇
名称	医療法人 〇〇病院
連絡先	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇
担当者名	医事課 〇〇

送付日を入力
してください。

以下の高槻市生活保護受給者にかかる医療券・調剤券の発行を依頼します。

	その月の最初の 診療（調剤）年月日	対象者氏名	生年月日 （和暦）	（※調剤のみ） 処方元医療機関名	備考
1	H31.1.10	〇〇 〇〇	S〇〇.〇〇.〇〇		
2	H31.1.15	〇〇 〇〇	T〇〇.〇〇.〇〇		中国残留邦人
3	H31.1.20	〇〇 〇〇	H〇.〇〇.〇〇		歯科
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

表の行数が足りない場合は
必要に応じ追加してください。