医療券請求用

令和　　年　　月　　日

ＦＡＸ送信用紙

医療機関名

TEL　　－
（担当：　　）

フリガナ 患 者 氏 名	生 年 月 日	診療月日	区　分	医療券の種類
			外来　入院	・単独・併用 ┌精神 ┼社保 └結核
			外来　入院	・単独・併用 ┌精神 ┼社保 └結核
			外来　入院	・単独・併用 ┌精神 ┼社保 └結核
			外来　入院	・単独・併用 ┌精神 ┼社保 └結核
			外来　入院	・単独・併用 ┌精神 ┼社保 └結核
			外来　入院	・単独・併用 ┌精神 ┼社保 └結核
			外来　入院	・単独・併用 ┌精神 ┼社保 └結核
			外来　入院	・単独・併用 ┌精神 ┼社保 └結核
			外来　入院	・単独・併用 ┌精神 ┼社保 └結核
			外来　入院	・単独・併用 ┌精神 ┼社保 └結核

締切日（別紙医療券発行日程を参照）の正午まで に送信してください。

送信先　　旭川市福祉保険部生活支援課医療介護係

ＦＡＸ　０１６６－２６－７６５４　※送信誤りに御注意ください。