

医療券請求用

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

F A X 送信用紙

記載例

医療機関名

○○病院

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
アサヒカワ タロウ 旭川 太郎	S45. 6. 21	4月7日	外来 入院	・ 単独 ・ 併用 精神 社保 結核
アサヒカワ ジロウ 旭川 次郎	H5. 4. 2	4月15日	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

F A X 0 1 6 6 - 2 6 - 7 6 5 4 ※送信誤りに御注意ください。