＜医療券請求（訪問看護）＞　　年　　月　　日

ＦＡＸ送信用紙

旭川市生活支援課医療介護係　行
（ＦＡＸ　２６－７６５４）
※送信誤りにご注意ください。

医療機関名　　TEL　　－
（担当：　　）

フリガナ 患者氏名	生年月日	診療月日	指示書を発行した医療機関	医療券の種類
			□特別指示書	・単独 ・併用（自立支援・社保・難病）
			□特別指示書	・単独 ・併用（自立支援・社保・難病）
			□特別指示書	・単独 ・併用（自立支援・社保・難病）
			□特別指示書	・単独 ・併用（自立支援・社保・難病）
			□特別指示書	・単独 ・併用（自立支援・社保・難病）
			□特別指示書	・単独 ・併用（自立支援・社保・難病）
			□特別指示書	・単独 ・併用（自立支援・社保・難病）
			□特別指示書	・単独 ・併用（自立支援・社保・難病）
			□特別指示書	・単独 ・併用（自立支援・社保・難病）
			□特別指示書	・単独 ・併用（自立支援・社保・難病）

※　被保護者が受診する際には，事前にご連絡をいただき，医療券を発券していますが，
未着の医療券がありましたら，患者氏名等の必要事項を記入してください。

※　特別訪問看護指示書（精神科含む。）が交付されている場合は，□特別指示書に
レ点を記入してください

※　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。