|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **養 育 医 療 券 （病院･診療所用）** | | | | | | | | | | | | |
| 公費負担者  番 号 |  |  |  |  |  |  | |  |  | 交付年月日 | | |
| 公費負担医療  の受給者番号 |  |  |  |  |  |  | |  |  | 年　 月 　 日 | | |
| 被保険者証の  記号及び番号 |  | | | | | | 保険者名 | | |  | | |
| 受 療 者 | 氏 名 | | |  | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | 男 ･ 女 |
| 申 請 者 | 氏 名 | | |  | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | 受療者と  の続柄 |  |
| 住 所 | | | 鳥取県八頭郡八頭町 | | | | | | | | |
| 指定養育  医療機関  病院･  診療所 | 名 称 | | |  | | | | | | | | |
| 所 在 地 | | |  | | | | | | | | |
| 診療予定期間 | 年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | |
| この券の  有効期間 | 年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり決定する。  　　 　　年 　　月 　　日  　　　　　　　　　　　　　 八頭町長　　　　　　　 印 | | | | | | | | | | | | |

様式第１号