|  |
| --- |
| **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