

## 《医療券郵送請求をする際のお願い》

以前に医療券が発券されている方は、受給者番号・生年月日（下記【医療券見本】の網掛け部分）を記入していただくと発券処理が迅速に行えますので、ご協力をお願いします。

### 【医療券見本】

生活保護法医療券（令和 3年 4月分）										
公費負担者 番 号	1	2	1	3	3	7	2	4	有効期間	1日から 30日まで
受給者番号	0	1	2	3	4	5	6		単独・併用別	単 独
※ 交 付 番 号	交付 0 2 - 1 2 3 4 5 6									
氏 名	足立 太郎 (男)								昭和63年12月31日生	
居 住 地	中央本町 1-17-1									
指定医療機関名	足立区病院 1312345678									

### 《公費負担者番号》

実施機関	区 費	都 費
中部第一福祉課	1 2 1 3 3 7 2 4	1 2 1 3 8 7 7 2
中部第二福祉課	1 2 1 3 3 7 6 5	1 2 1 3 8 7 1 5
千住福祉課	1 2 1 3 3 7 1 6	1 2 1 3 8 7 6 4
東部福祉課	1 2 1 3 3 7 3 2	1 2 1 3 8 7 8 0
西部福祉課	1 2 1 3 3 7 4 0	1 2 1 3 8 7 9 8
北部福祉課	1 2 1 3 3 7 5 7	1 2 1 3 8 7 0 7
高齢者地域包括ケア推進課 (中国帰国者等支援担当)	2 5 1 3 3 7 1 1	2 5 1 3 3 7 2 9

生活保護法・中国残留邦人等支援法 医療券 郵送請求用紙

( 月分)

No.	受給者番号	氏 名	生年月日	月の最初の 受診日	症 状	備考
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

※中国残留邦人等支援を受けて  
いる方は福祉事務所ではなく、  
高齢者地域包括ケア推進課  
にお送りください。

医療機関番号 \_\_\_\_\_

医療機関名  
担当者名  
電話番号