

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、
高齡福祉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