

指定医療機関名及び所在地

医療開始要否連名簿

(医科・入院外、歯科)

下記の患者について診療の必要がありますので医療開始要否連名簿を提出します。

連名簿													部中	部目		
	ケース番号				世帯員 番 号	患 者 氏 名	病 名	病 類	診療開始月			診 療 見 間	単 併 別	備 考	地区担当員 認定欄	
									年号	年	月					
1									令							
2									令							
3									令							
4									令							
5									令							
6									令							
7									令							
8									令							
9									令							
10									令							

※医科の場合

主病名が精神病・結核のときのみ精神病「1」結核「2」を記入してください。

※歯科の場合

心身障害者加算を認定するとき「3」を記入してください。

※診療月を含め6カ月までです。

併用医療券のみ「1」を記入してください。

上記患者について医療券を発行してよろしいか伺います。

係 員	係 長	課 長

医療機関へのお願い

- ①2カ月以上の医療券を必要とする時は古い月のみ記入してください。
- ②備考欄は福祉事務所への連絡事項等に利用してください。
- ③送付は1部です。
- ④この連名簿は毎月15日までに福祉事務所へ必着するよう送付してください。