

様式第4号（第5条関係）

負担者番号

# 養育医療券

（病院・診療所用）

受給者番号		交付年月日	年	月	日			
被保険者証等の 記号及び番号	記号： 番号：	保険者等 の名称						
受領者	氏名							
	生年月日	年	月	日	性別			
申請者	氏名							
	生年月日	年	月	日	受療者 との続柄			
	住所	中新川郡舟橋村						
指定養育医療機関 （病院・診療所）	名称 医療機関番号							
	所在地							
診療予定期間	年		月	日	～	年	月	日
この券の有効期間	年		月	日	～	年	月	日

上記のとおり決定します。

年 月 日

舟橋村長