様式第4号(第5条関係)

|  |
| --- |
| **養　育　医　療　券　（病院･診療所用）** |
| 交付番号 | 　　　　　　　　　　　号 | 交付年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 医療保険各法の記号及び番号 |  | 保険者等の名称 |  |
| 受療者 | 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 |  |
| 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**出雲市長　　　　　　　　　印** |