

1

649-6227 岩出市清水405-1 岩出駅前ビル2階

訪問看護ステーションみちラボ 院(所)長様

[Redacted]

2311
令和 7年 6月 19日紀の川市福祉事務所長
印務市長
印務市長

医療券送付書

下記のとおり医療券を送付しますので、ご確認の上、受領書を返送願います。

| ケース番号 | 地区名 | 受給者番号 | 氏名 | 性別 | 年齢 | 単併 | 診療年月 | 診療別 | 本人支払額 | 備考 |
|------------|------|---------|-------|----|----|----|----------|-----|-------|----|
| 010897-001 | 粉河地区 | 0020602 | 奥出 匠昭 | 男 | 46 | 単 | 令和 7年 6月 | 訪看 | 0 | |

※送付書なので送り返さず
他の分とホッチキスで止めて保管。

2

紀の川市福祉事務所長 様

2311
令和 7年 6月 24日指定医療機関名
管理者氏名
〒649-6227 岩出市清水405-1 岩出駅前ビル2階
訪問看護ステーションみちラボ 岩出
TEL 0736-67-7448 FAX 0736-67-7449
尾崎奈美子

医療券受領書

下記のとおり医療券を受領しました。

| ケース番号 | 地区名 | 受給者番号 | 氏名 | 性別 | 年齢 | 単併 | 診療年月 | 診療別 | 継続要否 | 転帰状況 |
|------------|------|---------|-------|----|----|----|----------|-----|-------|------|
| 010897-001 | 粉河地区 | 0020602 | 奥出 匠昭 | 男 | 46 | 単 | 令和 7年 6月 | 訪看 | [要・否] | |

福祉事務所
受付日 月 日

2311

2311
令和 6月 24日指定医療機関名
管理者氏名〒649-6227 岩出市清水405-1 岩出駅前ビル2階
訪問看護ステーションみちラボ 岩出
TEL 0736-67-7448 FAX 0736-67-7449

尾崎奈美子

☆記入項目☆
 ・郵送する日付
 ・要・否に○必須
 ・指定医療機関名
 +管理者氏名
 (手書きでもOK)

| 診療年月 | 診療別 | 継続要否 | 転帰状況 |
|----------|-----|-------|------|
| 令和 7年 6月 | 訪看 | [要・否] | |

※継続で発券する時は継続要に○をして
 ※記入項目に記入し、紀の川市役所宛名シールを封筒に貼り郵送(送付状は要らない)
 ※発券しない時は否に○し④書類と一緒に紀の川市役所へ送り返す宛名シールを封筒に貼り郵送(送付状は要らない)。

| |
|------|
| 送付枚数 |
| 1 枚 |

問い合わせ先
紀の川市福祉事務所
社会福祉課生活保護班
担当員 医療券担当
0736-77-2511

3

様式第23号 ☆1 生活保護法医療券・認証券(令和 7年 6月分) ☆2

| | | | |
|---------|------------------------------|--------|-----------------|
| 公費負担者番号 | 1 2 3 0 2 4 1 0 | 有効期間 | 1 日から 30 日まで |
| 受給者番号 | 0 0 2 0 6 0 2 | 単独・併用別 | 単独 |
| 氏名 | 奥出 匠昭 | 男・女 | 昭和54年 4月21日生 |
| 居住地 | 和歌山県紀の川市粉河1775番地1 百式樓110号 | | |
| 指定医療機関名 | 訪問看護ステーションみちラボ 名手病院 | | |
| | 1890038 | | |

※☆1公費負担番号+受給者番号

☆2有効期限

(送られてきた月の1日から末日)

※☆1と☆2をiBowの保険公費に
登録後①④の書類と一緒にホッチキス
で一番前にして綴じる。

| | | | |
|----|----------------------------------|-------|------|
| 備考 | 社会保険 | めりい健共 | なじ |
| | 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条の2 | あり | [なじ] |
| | その他 | | |
| | 備考 | | |

010897-001

備考 1 この用紙は、A列4番白色紙黒色刷りとすること。
2 「指定医療機関名」欄に指定訪問看護事業者の名称を記入する場合には、訪問看護ステーションの名称も併せて記入すること。

4

福祉事務所
受付日 月 日

発第 1901号

医療券転帰通知書(兼受領書)

年 月 日

649-6492 和歌山県紀の川市西大井338番地

紀の川市福祉事務所長

所在地

病院名

院長名

下記のとおり医療券を受領し、転帰の状況について報告します。

| No. | ケース番号 | 氏名 | 月 | 診療別 | 単 併 | 社 保 | 後 保 | 精神 | 結核 | 自立等 | 転帰 | 転帰 月日 | 未使用 | 備考 |
|-----|------------|------|----|-----|--------|--------|--------|----|----|-----|----------|----------|-----|----|
| 1 | 010897-001 | カゲタキ | 6月 | 訪看 | 単 | | | | | | 治癒・死亡・中止 | ・ | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 7 | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | |

訪問看護ステーションみちラボ

必ず福祉事務所へ直送してください。
また、受診なしの場合は未使用的欄に「×」印を記入してください。