

1

649-6227
岩出市清水405-1 岩出第1駅前ビル2階

訪問看護ステーションみちラボ 院(所)長様

〒649-6227 岩出市清水405-1 岩出第1駅前ビル2階
TEL 0736-67-7446 FAX 0736-67-7449
尾崎奈美子

2311
令和 7年 6月19日



紀の川市福祉事務所長

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 匡昭	男	46	単	令和 7年 6月	訪問	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。

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・調剤券 (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 30 日から 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 匡昭 (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 百式楼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の書面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	の り (健・共) な し
	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 し
	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。
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。

2

紀の川市福祉事務所長 様

福祉事務所 受付日 月 日

2311
2017 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 岩出第1駅前ビル2階
TEL 0736-67-7446 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 匡昭	男	46	単	令和 7年 6月	訪問	要・否	

福祉事務所 受付日 月 日

2311

2017 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 岩出第1駅前ビル2階
TEL 0736-67-7446 FAX 0736-67-7449
尾崎奈美子

書

診療年月	診療別	継続要否	転帰状況
令和 7年 6月	訪問	要・否	

☆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)

※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)。

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)

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

年 月 日

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	奥出 匡昭	6月	訪問	単						治療・死亡・中止			

※中止の時に記載して郵送する為
①③の書面と一緒にホッチキスで
一番後ろにして綴じる。

7											治療・死亡・中止			
8											治療・死亡・中止			
9											治療・死亡・中止			
10											治療・死亡・中止			
11											治療・死亡・中止			
12											治療・死亡・中止			

・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の欄に「×」印を記入してください。

訪問看護ステーションみちラボ