

# 【佐世保市福祉事務所】医療券受領書について

※医療券受領書は、毎月15日までにご返送ください

■福祉事務所 1 長

年 月 日

指定医療機関名  
管理者氏名

## 医療券受領書

下記のとおり医療券を受領しました。

診療年月の翌月です

提出日及び医療機関名・管理者名・電話番号は必ず記入してください。（代表者印は不要）

ケース番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	単併	診療年月	診療別	継続要否	転帰状況
00029	中央中川	0000026	医療 房江	女	単	令和 6年 3月	入院	要・否	
00029	中央中川	0000026	医療 房江	女	単	令和 6年 4月	入院	要・否	●/●退院 例③-1
00029	中央中川	0000026	医療 房江	女	単	令和 6年 5月	入院	要・否	●/●死亡 例③-2
00029	中央中川	0000026	医療 房江	女	単	令和 6年 6月	入院	要・否	
50094	北山北川	0004200	情報 三子	女	単	令和 6年 3月	入院外	要・否	●/●治癒 例③-3
50094	北山北川	0004200	情報 三子	女	単	令和 6年 4月	入院外	要・否	●/●中止 例③-3
					単	令和 6年 5月	入院外	要・否	●/●中止 例③-3
					単	令和 6年 5月	入院外	要・否	●/●受診予定 例③-4

※医療扶助のオンライン資格確認による、医療券データ送信者も紙の医療券を発券しています。

① ② ③

★翌月以降の医療券要否について必ず回答してください★

②継続要否にマルをつけてください。

①診療年月の翌月（診療年月 令和6年3月 → 4月のこと）

の医療券要否です。

要：必要      否：不要（下記、③も回答が必要）

③転帰状況について（②で不要の場合のみ記入してください）

【記載例】

③-1退院の場合：●/●退院

③-2死亡の場合：●/●死亡

③-3治癒や中止の場合：●/●治癒、●/●中止

③-4次回受診予定が翌々月以降の場合：○月受診予定

【注意】継続受診の場合、医療券受領書の提出はあっても、医療券要否意見書の提出がない場合は、医療券が発券できないので、ご注意ください