

平成 年 月 日

医療機関コード

福津市福祉事務所長 殿

指定医療機関名及び所在地



医療開始要否連名簿 (医科・入院外、歯科)

下記の患者について診療の必要がありますので医療開始要否連名簿を提出します。

連名簿 部中 部日

ケース番号	世帯員番号	患者氏名	病名	病類	診療開始月		診込期間	単体別	備考	地区担当員認定欄
					年	月				
1				平						
2				平						
3				平						
4				平						
5				平						
6				平						
7				平						
8				平						
9				平						
10				平						

※医科の場合
主病名が精神病・結核のときのみ精神病「1」結核「2」を記入してください。
 ※歯科の場合
心身障害者加算を認定するとき「3」を記入してください。
 ※診療月を含め6カ月までです。

↑ 併用医療券のみ「1」を記入してください。
 ↑ 上記患者について医療券を発行してよるしいか伺います。

係員	係長	課長補佐	課長

- 医療機関へお願い
- 2カ月以上の医療券を必要とする時は古い月のみ記入してください。
 - 備考欄は福祉事務所への連絡事項等にご利用してください。
 - 送付は1部です。
 - この連名簿は毎月15日までに福祉事務所へ必着するよう送付してください。

平成 年 月 日入力