

養育医療の継続協議書

太枠内のみ記入してください。

医療機関医師記入欄	患者	フリガナ 氏名						生年月日	年 月 日			* 満1歳未満の方が対象です。
	医療券番	負担者番号	2	3	1	3	6	0	7	0	既存医療券の有効期間	
	継続を必要とする期間	受給者番号										
	年 月 日 から 年 月 日まで											
上記のとおり継続する必要があるので、協議します。 なお、症状の概要については、養育医療継続の意見書のとおりです。 年 月 日												
						指定医療機関名						
						医師氏名	自署又は記名捺印					
申請者記入欄	申請者	フリガナ 氏名						本人との続柄	1 父 2 母 3 その他()			
	住所	〒					電話番号	()				
		墨田区	丁目					番	号			
			団地・荘 マンション・アパート 号 様方									
	種類	政府・船員・日雇・組合・共済・国保/生保(該当するものに を付けてください。)										
	保険証	記号	番号			保険者番号						
					保険者名							
関係書類を添えて上記のとおり養育医療の継続を申請します。 年 月 日 申請者氏名 墨田区長あて												

(注) 保険証の記号、番号、保険者番号等については、必ず保険証を見て正確に記入してください。

区主管課受付印

保健所受付印
保健所コード

認定	非認定
入力	

(注) (1)養育医療の継続協議書、(2)養育医療意見書、(3)世帯調書、(4)住民税証明書、(5)既存の医療券の順にとじてください。