様式第4号(第2条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養育医療券 | | | | | | | | | | | | | | |
| 負担者番号 | 2 | 3 | 1 | 9 | 6 | | 1 | 7 | 3 | 交付年月日 | | | | |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 年　　月　　日 | | | | |
| 医療保険各法の  記号及び番号 |  | | | | | | | 保険者名 | | |  | | | |
| 受　　　療　　　者 | 氏　名 | | | | |  | | | | | 出生時  体　重 | |  | |
| 生年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | 男・女 |
| 保　　　護　　　者 | 氏　名 | | | | |  | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | |  | | | | | | 続柄 | |  |
| 住　所 | | | | |  | | | | | | 職業 | |  |
| 指定養育  医療機関 | 名　称 | | | | |  | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | |  | | | | | | | | |
| 診療予定期間 | 年　月　　日から　　年　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | |
| この券の有効期間 | 年　月　　日から　　年　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり決定する。  　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　身延町長　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | |