

## 養育医療の継続協議書

武蔵村山市長 殿

申請日：                   年       月       日

申請者：

関係書類を添えて下記のとおり養育医療の継続を申請します。

記

医療機関 関係 医師 記入欄	患者	フリガナ				生年月日		年   月   日			
		氏名				*満1歳未満の方が対象です。					
	医療券番号	負担者番号									
		受給者番号									X
	既存医療券の有効期限					年   月   日		日まで			
継続必要とする期間					年   月   日		から		年   月   日		日まで
<p>上記のとおり継続する必要があるので、協議します。</p> <p>なお、症状の概要については、養育医療継続意見書のとおりです。</p> <p style="text-align: center;">年   月   日</p> <p style="text-align: right;">指定医療機関名</p> <p style="text-align: right;">医師 氏 名 <span style="float: right;">⑩</span></p>											
申 請 者 記 入 欄	申請者	フリガナ									
		氏名	姓				名				
	生年月日				年   月   日	電話					
	住所	〒           — 武蔵村山市									
	続柄	1 父   2 母   3 その他 (            )									
	種類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・その他 (            )・生保 (該当するものに○を付けてください。)									
	記号	番号	保険者番号								
		保険者名									

受理年月日	年   月   日	收受印欄	
-------	-----------	------	--