土清健第　　　　　号

平成　　年　　月　　日

指定医療機関開設者

様

土佐清水市福祉事務所長　　㊞

第　　号で申請のあった氏名　　　　　　　にかかる　　については，下記のとおり決定したので，了知願います。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療券番号№ | (交付)　　年　　月　　日 | (変更)　　年　　月　　日 |
| 医療券記載事項 | 変更前 | 変更後 |
| 有効期限 | 平成　　年　　月　　日 | 平成　　年　　月　　日 |
| 入院，入院外の別 | 入院・入院外・訪問看護等 | 入院・入院外・訪問看護等 |
| 医療費概算額 | 円 | 円 |
| 概算額内訳 |  |  |
| 医療の具体的方針 |  |  |
| 自己負担額 | 入院　　　　　　　　　　円  外来　　　　　　　　　　円 | 入院　　　　　　　　　　円  外来　　　　　　　　　　円 |
| その他 |  |  |

（備考）１　更生医療券の記載事項を変更する必要なく，この承認通知を医療券に添付しておくこと。

２　不要の文字は，抹消すること。