

第4号様式

養育医療継続協議書

医療機関 医師記入欄	本人	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						既存医療券の有効期間	年 月 日まで			
		受給者番号										
継続を必要とする期間	年 月 日から						年 月 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。 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</p> <p style="text-align: center;">指定医療機関名 医師氏名</p>												
申請者 記入欄	申請者	フリガナ							本人との続柄	1 父		
		氏名								2 母		
		郵便番号						電話番号	()			
		住所										
	保険等	種類	協会けんぽ ・ 組合 ・ 共済 ・ 国保 ・ 船員 ・ 生保									
		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 _____ 本人との続柄 () _____

練馬区長 殿

受付印