

養育医療の継続協議書

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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医師氏名 印</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					
											3 その他 ()						
		郵便番号									電話番号	()					
		住所															
	保険証	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