

# 未着医療券連絡票

(宛先)松山市福祉事務所長

指定医療機関名

次の患者の医療券が未着ですのでご送付下さい。

患者氏名	生年月日	住所	区 分	初診年月日	未着月	備考	班	担当員	確認欄
	MTSHR . .	町	入・外・歯	R . .	月				
	MTSHR . .	町	入・外・歯	R . .	月				
	MTSHR . .	町	入・外・歯	R . .	月				
	MTSHR . .	町	入・外・歯	R . .	月				
	MTSHR . .	町	入・外・歯	R . .	月				
	MTSHR . .	町	入・外・歯	R . .	月				
	MTSHR . .	町	入・外・歯	R . .	月				
	MTSHR . .	町	入・外・歯	R . .	月				
	MTSHR . .	町	入・外・歯	R . .	月				
	MTSHR . .	町	入・外・歯	R . .	月				
	MTSHR . .	町	入・外・歯	R . .	月				
	MTSHR . .	町	入・外・歯	R . .	月				
	MTSHR . .	町	入・外・歯	R . .	月				

**※ 継続の場合『医療要否意見書』をご返送ののち、医療券が届かない場合に、ご記入下さい。**

- 太線内をご記入下さい。
- 区分欄は、「入院・外来・歯科」の該当項目に○印を付けて下さい。