令和○年　○月　○日

古賀市福祉事務所長　○○　○○

指定医療機関名　○○○医院
管理者氏名　○○　○○

医療券受領書

下記のとおり医療券を受領しました。

ケース番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	単併	診療年月	診療別	継続要否	転帰状況
00001	その他	1234569	古賀 太郎	男	単	令和 8年 1月	入院外	要・(否)	
00002	その他	1234567	古賀 花子	女	単	令和 8年 1月	入院	要・(否)	1/20 退院

翌月以降の受診予定がない受給者には、「否」に○を付けて下さい。

診療別が入院の場合は、退院日を記入して下さい。

000000　○○○医院