

古賀市福祉事務所長 殿

令和 ○年 ○月 ○日

医療機関コード

000.000.0

指定医療機関名及び所在地

福岡県○○市○○○-○-○

○○病院

## 医療開始要否連名簿

(医科・入院外、歯科)

下記の患者について診療の必要が有りますので医療開始要否連名簿を提出します。

連名簿 部中 部目

	ケース番号	世帯員番号	患者氏名	病名	病類	診療開始月			込診期間見	単併別	備考	地区担当員 認定欄
						年号	年	月				
1	1234	01	花見 太郎	○○症		5	○	○	6	1		
2			古賀 次郎	統合失調症	1	5	○	○	6		S12.3.4生	
3											ケース番号不明の時は 備考欄に生年月日を記入して下さい。	
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

※医科の場合

主病名が精神病結核のときのみ精神病「1」結核「2」を記入してください。

※歯科の場合

心身障害者加算を認定するとき「3」を記入してください。

※診療月を含め6ヵ月までです。

併用医療券のみ「1」を記入して下さい

医療扶助認定調書		
係長	課長	所長

医療機関へお願い

- ① 2カ月以上の医療券を必要とする時は古い月のみ記入してください。
- ② 備考欄は福祉事務所への連絡事項等に利用してください。
- ③ 送付は1部です。