

養 育 医 療 券 （病院・診療所用）				
公費負担者番号			受給者番号	
交 付 年 月 日		令和 年 月 日		
被保険者証等の 記号及び番号				
保険者等の名称				
受 療 者	名 前			
	生 年 月 日	令和 年 月 日	性別	
申 請 者	名 前			
	生 年 月 日			
	続 柄		職業	
	住 所			
指 定 養 育 医 療 機 関				
診 療 予 定 期 間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
この券の有効期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
上記のとおり決定する。 令和 年 月 日 大 阪 市 長				
経 由 場 所				