

IGAZOLÁS A BIZTOSÍTOTT HAVI RECEPTKÖTELES GYÓGYSZERKÖLTSÉGÉRŐL
(A háziorvos aláírása és bélyegzőlenyomata nélkül nem fogadható el!)

Kérelmező neve:.....

Születési neve:.....

Születési helye:.....Születési idő:.....

Anyja neve:.....

Állandó lakóhely:.....

Tartózkodási hely:.....

TAJ száma:.....

Közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkezik-e: IGEN NEM

Kérelmező rendszeresen szedett havi receptköteles gyógyszerei:

<i>Gyógyszer neve</i>	<i>A Biztosított által fizetendő térítési díj</i>
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Összesen:.....-FT

Hernád,.....év.....hónap.....nap

P.H.

.....
Háziorvos aláírása, pecsétszáma