

(Háziorvos tölti ki!)

IGAZOLÁS

A BIZTOSÍTOTT HAVI RECEPTKÖTELES GYÓGYSZERKÖLTSÉGÉRŐL

(A háziorvos aláírása és bélyegzőlenyomata, valamint a gyógyszerértár bélyegzőlenyomata nélkül nem fogadható el!)

Kérelmező neve:

Születési neve:

Születési helye: Születési ideje:évhónap

Anyja neve:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: _ _ _ _ _

Közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkezik-e: ☐ igen ☐ nem

Ha igen, érvényességi ideje:

Kérelmező rendszeresen szedett havi receptköteles gyógyszerei:

Gyógyszer neve:

A biztosított által fizetendő térítési díj:
(gyógyszerértár által igazolt hatóanyag
szerint legolcsóbb készítmény ára)

.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Összesen:- Ft.

Dömös,évhónap

.....
Háziorvos aláírása, pecsétje

.....
kiállító aláírása, gyógyszerértár pecsétje