**2. számú melléklete**

**IGAZOLÁS A BIZTOSÍTOTT ELMÚLT HÁROMHAVI**

**GYÓGYSZERKÖLTSÉGÉRŐL**

*társadalombiztosítási támogatásban befogadott*

**(A háziorvos aláírása és bélyegzőlenyomata nélkül nem fogadható el!)**

Kérelmező neve: ………………………………………………………………………………

Születési neve: …………………………………………………………………………………

Születési helye: ……………………………… Születési idő: …… év ……………hó ….nap

Anyja neve: ………………………………………………………………….

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: ………………………………………

Közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkezik-e? □ igen □ nem

**Kérelmező elmúlt háromhavi - társadalombiztosítási támogatásba befogadott – gyógyszerei:**

**Gyógyszer neve A Biztosított által fizetendő térítési díj**

**Összesen: Ft**

**Ráckeve, ……….. év …………………….hó ………. nap**

**háziorvos aláírása, pecsétszáma**

**P.H.**