

IGAZOLÁS
A BIZTOSÍTOTT HAVI RECEPTKÖTELES GYÓGYSZERKÖLTSÉGÉRŐL
(Háziorvos tölti ki)

(A háziorvos aláírása és bélyegzőlenyomata nélkül nem fogadható el)

1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:

Neve:
Születési neve:
Anyja neve:
Születési helye, ideje (év, hó, nap):
Lakóhely:
Tartózkodási hely:
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:
Közügygyellátásban részesülök: igen nem (a megfelelő rész aláhúzandó)

Kérelmező rendszeresen szedett havi receptköteles gyógyszerei:

Gyógyszer neve:	A Biztosított által fizetendő térítési díj (Ft):
	Összesen:

Kelt: év hó nap

P. H.

.....
Háziorvos aláírása,
pecsét száma