

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:

Közgyógyellátásban 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**