(Háziorvos tölti ki!)

IGAZOLÁS HAVI GYÓGYSZERKÖLTSÉGRŐL

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

|  |  |
| --- | --- |
| Kérelmező neve |  |
| Születési neve |  |
| Születési helye, ideje |  |
| Anyja neve |  |
| Társadalombiztosítási Azonosító Jel |  |
| Lakóhely/tartózkodási hely |  |
| Közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkezik-e (A megfelelő válasz aláhúzandó) | igen  nem |
| **Kérelmező rendszeresen szedett havi receptköteles gyógyszerei** | |
| Gyógyszer neve | Biztosított által fizetendő térítési díj |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Összesen: |  |

Hévíz, 20..... év......................hó ......nap

P. H.

..........................................................  
Háziorvos aláírása, pecsétszáma