

令和 8 年 8 月
吉野福祉事務所

奈良スーパーアプリ医療券連絡フォームマニュアル

医療券連絡フォーム（新規の外来・調剤・歯科の医療券発行依頼用）

<https://nsa.pref.nara.jp/gap/applicationRegister?appmngid=a03lf000002QEAE&entry=1>

申請登録

申請内容確認

申請完了

医療券発行依頼

必須 医療機関名を支店名までご記入ください。略称可。
(例) 吉福（吉野福祉事務所） 吉野店

必須 医療種を選択してください。
☐ 外来 ☐ 調剤 ☐ 歯科

必須 受診月を記入してください。
(例) 令和 8 年 4 月 3 日受診なら2026/04/01

その他、記載事項があればご記入ください。
(例) ○○のみ、紙の医療券

- ① 医療機関名を支店まで含めてご記入ください。
- ② 必要な医療券の医療の種類を選択してください。医療種によって、その後の記入事項が変化します。

外来の場合

必須 医療機関名を支店名までご記入ください。略称可。

(例) 吉福 (吉野福祉事務所) 吉野店

吉野福祉事務所 吉野店

必須 医療種を選択してください。

☒ 外来

☐ 調剤

☐ 歯科

必須 患者名 (生年月日) をご記入ください。

(例) 吉野福祉 (R8/4/1)

吉野福祉 (R8/4/1)

中和福祉 (H15/5/19)

奈良県 (S45/12/21)

必須 受診月を記入してください。

(例) 令和 8 年 4 月 3 日受診なら2026/04/01

2026/07/01 

- ③ 患者名をご記入ください。必要に応じて、複数名記入していただいても構いません。
- ④ 受診月の 1 日を選択してください。なお、受診月が違う場合は 2 つ以上のフォームに分けて連絡してください。
- ⑤ 確認の上、送信してください。

調剤の場合

必須 医療機関名を支店名までご記入ください。略称可。

(例) 吉福 (吉野福祉事務所) 吉野店

吉野福祉事務所 吉野店

必須 医療種を選択してください。

☐ 外来

☒ 調剤

☐ 歯科

必須 患者名 (生年月日) (受診医療機関) をご記入ください。

(例) 吉野福祉 (R8/4/1) (福祉事務所)

吉野福祉 (R8/4/1) (福祉病院)

中和福祉 (H30/5/3)

奈良県 (S15/10/11) (福祉整形)

必須 受診月を記入してください。

(例) 令和8年4月3日受診なら2026/04/01

2026/07/01 

医療券が不要な方を記入してください。

医療扶助 (H16/3/3)

- ③ 患者名をご記入ください。必要に応じて、複数名記入していただいても構いません。
処方元医療機関が上と同じ場合、空白でも構いません。
- ④ 受診月の1日を選択してください。なお、受診月が違う場合は2つ以上のフォームに分けて連絡してください。
- ⑤ 医療券が不要になった患者名をご記入ください。
- ⑥ 確認の上、送信してください。

歯科の場合

[🏠 ホーム](#) [📋 手続状況一覧](#) [👤 マイページ](#)

必須 医療種を選択してください。

☐ 外来 ☐ 調剤 ☒ 歯科

必須 患者名（生年月日）をご記入ください。

（例）吉野福祉（R8/4/1）

吉野福祉（R1/5/1）
中和福祉（H15/11/4）

必須 受診月を記入してください。

（例）令和8年4月3日受診なら2026/04/01

2026/07/01 📅

医療券が不要な方を記入してください。

医療扶助（H16/3/3）

- ③ 患者名をご記入ください。必要に応じて、複数名記入していただいても構いません。
- ④ 受診月の1日を選択してください。なお、受診月が違う場合は2つ以上のフォームに分けて連絡してください。
- ⑤ 医療券が不要になった患者名をご記入ください。
- ⑥ 確認の上、送信してください。

入退院連絡フォーム（新規の入退院連絡と入院の医療券発行依頼用）

<https://nsa.pref.nara.jp/gap/applicationRegister?appmngid=a03lf000002QF1i&entry=1>

申請登録

申請内容確認

申請完了

入退院連絡フォーム

必須

医療機関名を選択してください。

☐ 南奈良総合医療センター

☐ 奈良県立医科大学
附属病院

☐ 吉野病院

☐ 済生会中和病院

☒ その他

必須

医療機関名をご記入ください。

必須

入退院を選択してください。

☐ 入院

☐ 退院

その他、何かありましたご記入ください。

① 医療機関名を選択してください。チェックボックスに医療機関名がない場合はその他を選択すると記入する設問が出現しますので、ご記入ください。

② 入院、退院、両方をそれぞれチェックしてください。以降の設問が変化します。

入院の場合

必須 入退院を選択してください。

☒ 入院

☐ 退院

必須 患者名（生年月日）をご記入ください。

吉野福祉（R1/4/1）

必須 入院日をご記入ください。

2026/07/22 

必須 見込入院期間を選択してください。

☐ 1か月未満

☒ 1か月以上

その他、何かありましたご記入ください。

- ③ 患者名をご記入ください。
- ④ 入院日をご記入ください
- ⑤ 見込み入院期間を選択してください。
- ⑥ 共有事項等何かありましたらご記入ください。

退院の場合

必須 入退院を選択してください。

☐ 入院

☒ 退院

必須 退院先を選択してください。

☐ 自宅

☒ 施設

☐ 転院

必須 施設名をご記入ください。

吉野福祉

必須 患者名（生年月日）をご記入ください。

吉野福祉（R1/1/1）

必須 退院日をご記入ください。

2026/07/29 

本人支払額（自己負担額）はありません

☒ 確認しました。

- ③ 退院先を選択してください。施設または転院を選択した場合、施設名または転院先に関する設問が出現しますので、併せてご記入ください。
- ④ 患者名をご記入ください。
- ⑤ 退院日を選択してください。
- ⑥ 本人支払額が発生する場合、氏名と金額が表示されます。発生しない場合は例の設問が出現します。確認をしてください。

入退院の場合

必須 入退院を選択してください。

☒ 入院

☒ 退院

必須 退院先を選択してください。

☒ 自宅

☐ 施設

☐ 転院

必須 患者名（生年月日）をご記入ください。

吉野福祉（R1/1/1）

必須 入院日をご記入ください。

2026/07/07 

必須 退院日をご記入ください。

2026/07/29 

本人支払額（自己負担額）はありません

☒ 確認しました。

- ③ 退院先を選択してください。施設または転院を選択した場合、施設名または転院先に関する設問が出現しますので、併せてご記入ください。
- ④ 患者名をご記入ください。
- ⑤ 入院日をご記入ください。
- ⑥ 退院日をご記入ください。
- ⑦ 本人支払額が発生する場合、氏名と金額が表示されます。発生しない場合は（例）の設問が出現します。確認をしてください。