

この受診票に記載してある世帯員だけ医療券を  
発行します。

交付年月日  
年 (      年) 4月 1日

| 被保護者名前 | 性別 | 生年月日 | 社会保険<br>の有無 |
|--------|----|------|-------------|
|        |    |      |             |
|        |    |      |             |
| 以下余白   |    |      |             |
|        |    |      |             |
|        |    |      |             |
|        |    |      |             |
|        |    |      |             |
|        |    |      |             |
|        |    |      |             |
|        |    |      |             |

## 休日・夜間等受診票

|      |                                                                 |
|------|-----------------------------------------------------------------|
| 名 前  |                                                                 |
| 住 所  | 福山市                                                             |
| 有効期限 | <div>年 (      年) 4月 1日 から</div> <div>年 (      年) 3月31日 まで</div> |

**有効期限をご確認ください**

福山市福祉事務所長

### 【指定医療機関へのお願い】

- 1 この受診票は、休日・夜間等に受診する場合にのみ医療機関の窓口に表示するものです。なお、医療券は、被保護者からの届け出によって交付手続きを行います。医療券が届かない場合には、発行者へご連絡ください。後日送付します。
- 2 社会保険の有無の欄が有となっている場合には生活保護(医療扶助)と社会保険との併用になります。

|     |                                                               |
|-----|---------------------------------------------------------------|
| 連絡先 | 福山市生活福祉課 第 担当<br>地区担当員：<br>広島県福山市東桜町3番5号<br>電話番号：084-928-1067 |
|-----|---------------------------------------------------------------|