

# 見本

## 指定医療機関へのお願い

下記の方は、生活保護法による被保護者ですので、診察していただきますようお願いいたします。

診察後、被保護者からの届出により、医療券の交付手続を行います。必ず医療券を確認のうえ、診療報酬を請求してください（被爆者健康手帳の所持者や、自立支援医療等の公費負担医療の支給認定を受けている方は、対象疾病の全額が公費負担請求となります。また、健康保険の加入者は、生活保護法との併用となります。）。

なお、医療券が届かない場合は、恐れ入りますが福祉事務所に御連絡ください。

また、本書は、確認後持参者にお返しく下さい。

### 記

| 氏 名 | 性別 | 生 年 月 日 |
|-----|----|---------|
|     |    |         |
|     |    |         |
|     |    |         |
|     |    |         |
|     |    |         |
|     |    |         |

世帯番号

変更22.5 5.5インチ×7.2インチ

## 被 保 護 者 証 明 書

(夜間・休日等受診用)

|             |            |                          |
|-------------|------------|--------------------------|
| 世帯主         | 住 所        |                          |
|             | 氏 名        |                          |
| 発<br>行<br>者 | 名 称        | 広島市 福祉事務所長<br>( 区厚生部生活課) |
|             | 電 話<br>番 号 | 地区担当者                    |
| 有効期間        |            | 年 月 日から<br>年 月 日まで       |



裏面の使用上の注意をお読みください