未 着 医 療 券 連 絡 票

令和　　年　　月　　日

【送信先】呉市福祉事務所
FAX　0823-24-6813

【送信元】

指定医療機関名										
医療機関コード										

患 者 氏 名	住所(町・丁目まで)	診療月	区　分 (外来・入院・歯科)	備　　考
		月		
		月		
		月		
		月		
		月		
		月		
		月		
		月		
		月		
		月		
		月		
		月		
		月		

枚　送付のうち　　枚目

※番号は正確に，確実に送信してください。

※継続の場合『医療要否意見書』をご返送後、医療券が届かない場合に、ご記入下さい。