

未熟児養育医療給付事業
医療券記載事項変更届出書

公費負担者番号	23276348	本人(受療者)	氏名
受給者番号			生年月日 . . . (男・女)
変更事項	変更前	変更後	変更年月日
・住所			
・電話番号			
・医療保険 (保険者番号 記号番号等)			
・その他 ()			
<p>上記のとおり医療券の記載事項の変更を届出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>届出者</p> <p>〒</p> <p>住 所 _____</p> <p>氏 名 _____ 印 (自署の場合は押印不要)</p> <p>本人との続柄 本人の _____</p> <p>電 話 番 号 _____</p> <p>阪 南 市 長 様</p>			

※ 医療券記載事項の内、上記の事項について変更があった場合に、この変更届出書を提出してください。ただし、医療機関の変更の場合は新たに申請をしてください。

※ 所得階層の変更は原則できません。ただし、生計中心者の変更の事実が死別、離婚の成立、失踪など、理由が公的証明書類の提出により証明できる場合は、新たに養育医療給付申請書を提出してください。