

# 未熟児養育医療給付事業 医療券記載事項変更届出書

平成 年 月 日

阪 南 市 長 様

(フリガナ)  
受給者氏名

受給者番号

(フリガナ)  
届出者氏名 (受給者との続柄)

| 変更事項                       | 変 更 前 | 変 更 後 | 変更年月日       |
|----------------------------|-------|-------|-------------|
| ・郵便番号                      |       |       | 必ず記入してください。 |
| ・住 所                       |       |       |             |
| ・電話番号                      |       |       |             |
| ・医療保険<br>(保険者番号・<br>記号・番号) |       |       |             |
| ・その他<br>( )                |       |       |             |

- ※ 医療券の記載事項のうち、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下さい。
- ※ 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。