

養育医療券記載事項変更届

受療者	ふりがな 氏名		男・女	生年 月日	年 月 日
	住所	桑名市			
	居住地				
公費負担者番号			交付年月日	年 月 日	
公費負担医療 受給者番号					
養育医療券の 有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
変更内容	事項	変更前	変更後	変更年月日	
	受療者に関する 事項				
	申請者に関する 事項				
	指定養育医療機関 に関する事項				
	被保険者証に 関する事項				
<p>上記のとおり養育医療券の記載事項の変更を届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>届出者 住所 桑名市 氏名 受療者との続柄 電話番号 - -</p> <p>(宛先) 桑名市長</p>					

備考 次の書類を添付してください。

- 1 養育医療券
- 2 被保険者証に関する事項を変更する場合には、変更後の被保険者証の写し
- 3 他の指定養育医療機関に転院する場合には、転院理由証明書（様式第11号）及び転院後の指定養育医療機関が交付する養育医療意見書

記載上の注意

- ・「住所」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「居住地」の欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は帰省先等を記入してください。