

## 養育医療決定事項変更（医療券紛失）届

|           |  |  |  |  |  |  |  |           |  |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|
| 受 給 者 番 号 |  |  |  |  |  |  |  | 受 療 者 氏 名 |  |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|

## 1 変更

|                       |                  |      |                                                       |  |     |   |  |            |                                          |  |             |                    |  |
|-----------------------|------------------|------|-------------------------------------------------------|--|-----|---|--|------------|------------------------------------------|--|-------------|--------------------|--|
|                       |                  |      |                                                       |  |     |   |  | 変更年月日      | 年      月      日<br>(変更年月日が未確定の時は記入しないこと) |  |             |                    |  |
| 下記の欄は、変更事項のみ記入してください。 |                  |      |                                                       |  |     |   |  |            |                                          |  |             |                    |  |
| 変<br>更<br>事<br>項      | 受<br>療<br>者      | フリガナ |                                                       |  |     |   |  |            |                                          |  | 男<br>・<br>女 | 添付書類；<br>事実を証明するもの |  |
|                       |                  | 氏 名  | 姓                                                     |  |     |   |  | 名          |                                          |  |             |                    |  |
|                       |                  | 郵便番号 |                                                       |  |     | — |  |            | 電 話                                      |  |             |                    |  |
|                       |                  | 住 所  |                                                       |  |     |   |  |            |                                          |  |             |                    |  |
|                       | 加<br>入<br>保<br>険 | 種 類  | 組合・国保・共済・政府・船員・その他<br>(該当するものに○印をつけ、新保険証の写しを添付してください) |  |     |   |  |            |                                          |  |             | 本人・家族              |  |
|                       |                  | 記 号  |                                                       |  | 番 号 |   |  | 保険者<br>番 号 |                                          |  |             |                    |  |
|                       | 申<br>請<br>者      | フリガナ |                                                       |  |     |   |  |            |                                          |  | 続<br>柄      | 添付書類；<br>事実を証明するもの |  |
|                       |                  | 氏 名  | 姓                                                     |  |     |   |  | 名          |                                          |  |             |                    |  |
|                       |                  | 郵便番号 |                                                       |  |     | — |  |            | 電 話                                      |  |             |                    |  |
|                       |                  | 住 所  |                                                       |  |     |   |  |            |                                          |  |             |                    |  |
| 住<br>民<br>税<br>額      | 扶養義務者<br>氏 名     |      |                                                       |  |     |   |  |            | 添付書類；<br>世帯調書、その他事実を証明する書類               |  |             |                    |  |
|                       | 住 所              |      |                                                       |  |     |   |  |            |                                          |  |             |                    |  |

## 2 紛失

|                  |
|------------------|
| 紛失に気づいた日時、場所、状況等 |
|------------------|

上記のとおり変更（紛失）しましたので届けます。

年      月      日

届出者氏名 \_\_\_\_\_  
受療者との続柄（                      ）

（あて先）合志市長