

第2号様式（第4条関係）

養育医療券記載事項変更届

受療者	ふりがな 氏名		性別		生年 月日	年 月 日
	居住地					
	住所					
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出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>届出者 住所</p> <p>氏名</p> <p>受療者との続柄</p> <p>電話番号</p> <p>東員町長 様</p> <p style="text-align: right;">印</p>						

(注) 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（第3号様式）  
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（継続）