様式第12号（第9条関係）

養育医療券等記載事項変更届

受療者	フリガナ		性別	生年月日
	氏　　名		男　・　女	年　　月　　日
	フリガナ			
	住　　所	〒		

申請者	フリガナ		続柄
	氏　名		
	フリガナ		
	住　所		

医療券番号	
医療券の有効期間	年　　月　　日　から　　年　　月　　日　まで

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 （氏名・住所・電話番号）			
	申請者等に関する事項 （氏名・住所・電話番号）			
	被保険者証に関する事項 （記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者） ※１			

備　考	

私は、養育医療券及び養育医療給付申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。

届出者住所　　〒　　届出者電話番号

届出者氏名　　印

※２

年　　月　　日

紀宝町長　　あて

備考　１　被保険者証に関する事項の変更を行う場合は、保険証の写しを添付してください。

２　届出者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。