様式第１１号（第８条関係）

養育医療決定事項変更（医療券紛失）届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | 受給療者氏名 |  |

１　変更

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 下記の欄は、変更事項のみ記入してください。 | | | | | | | | | 変更  年月日 | 年　　　月　　　日  (変更年月日が未確定の時は記入しないこと) | | | | | | | |
| 変　更　事　項 | 受療者 | ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | | | | |  | | | | | | 男・女 | 添付書類；  事実を証明するもの | |
| 氏　名 | | 姓 | | | | | 名 | | | | | |
| 住　所 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 保険証 | 種類 | 組合・国保・共済・政府・船員・その他  ( 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  番　号 |  | | | | |
| 申請者 | ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | | |  | | | | | | 続柄 |  | | 添付書類；  事実を証明するもの | |
| 氏　名 | | 姓 | | | 名 | | | | | |
| 住　所 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯員異動 | 異動者氏名 | | | 生年月日 | | | 続柄 | | | 職業 | | 添付書類；  世帯調書、所得税額等証明書、その他事実を証明する書類 | | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | |
|  | | |  | | |  | | |  | |
|  | | |  | | |  | | |  | |
|  | | |  | | |  | | |  | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　添付書類；各届ともに旧医療券の写し　　　　　　　　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　印

受給者との続柄（　 　　　）

|  |
| --- |
| 受理年月日 |
|  |

産山村長　様