

未熟児養育医療券等記載事項変更届

受 療 者	フリガナ					生 年 月 日
	氏 名					年 月 日
	フリガナ					
	住 所					
扶養義務者		フリガナ				続柄
		氏 名				
		フリガナ				
		住 所	(受療者と同じ場合は省略可)			
養育医療券受給者番号						
養育医療券の有効期間		年	月	日	から	年 月 日 まで
変 更 内 容	事 項	変 更 前			変 更 後	
	受療者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)					
	扶養義務者に関する事項 (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)					
備 考						

私は、未熟児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。

年 月 日

宇治市長 宛

届出者氏名