

未熟児養育医療給付事業
医療券記載事項変更届出書

令和 年 月 日

門真市長 様

(フリガナ)
受給者氏名

受給者番号

(フリガナ)
届出者氏名 (受給者との続柄)

変更事項	変更前	変更後	変更年月日
・郵便番号			必ず記入
・住所			
・電話番号			
・医療保険			
保険者番号			
記号・番号			
・その他			
()			

- ※ 医療券の記載事項のうち、上記の事項について変更があった場合に、この変更届出書を提出してください。ただし、医療機関の変更の場合は新たに申請をして下さい。
- ※ 所得階層の変更は原則できません。ただし、生計中心者の変更の事実が死別、離婚の成立、失踪など理由が公的証明書類の提出により証明できる場合は、養育医療給付申請書、世帯調書、新たな世帯員の所得証明書及び上記公的書類を提出してください。

こども政策課使用欄 ※記入しないでください。

受付年月日	申請内容照合欄	医療受診券の再交付の必要	DB入力担当	再交付年月日
		あ り な し		

この様式は、従来の医療券記載内容に変更があった場合に、門真市こども政策課給付グループに提出してください。
問合せ先 こども政策課給付グループ 電話 06-6902-6186（直通）