

## 養育医療券記載事項変更届出書

令和      年      月      日

吹田市長あて

受給者氏名  
 \_\_\_\_\_  
 受給者番号  
 \_\_\_\_\_  
 届出者氏名  
 \_\_\_\_\_  
 (続柄) 受給者の  
 \_\_\_\_\_

次のとおり変更しましたので届け出ます。

変更事項	変更前	変更後	変更年月日
氏 名			
住 所 (居住地)			
電話番号			
医療 保 険 証	保険種別		
	発行機関の名称		
	発行機関の所在地		
	附加給付		
	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。  
 ※医療機関の変更（転院）の場合は、新たに申請をしていただく必要があります。  
 ※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、新たな世帯構成員の所得証明書及び上記公的書類を提出してください。