

養育医療券 記載事項変更届									
受給者	受給者番号								
	有効期限	年 月 日 から 年 月 日 まで							
	氏 名								
	生年月日	年 月 日					性 別	男 ・ 女	
	住 所	(千 ー) 電話 (ー ー)							
変 更 事 項 (該当する番号に○)		変 更 前			変 更 後 (追 加)			変 更 年 月 日	
1 氏名の変更								年 月 日	
2 住所の変更								年 月 日	
3 加入医療保険の変更								年 月 日	
4 その他 ()								年 月 日	
上記のとおり、養育医療券の記載事項に変更が生じたので届出します。									
年 月 日									
(千 ー)									
届出者 住 所									
氏 名 印									
(受給者との続柄)									
王滝村長 殿									
								王滝村収受印欄	

(注) 1 交付済み医療券を添付してください。
2 氏名及び住所の変更の場合は、住民票（本人分）を添付してください。
3 加入医療保険の変更の場合は、保険証（写）を添付してください。