

## 養育医療券記載事項等変更届

年 月 日

岡山市長 様

**【届出者】**

住 所 〒 \_\_\_\_\_  
 岡 山 市 \_\_\_\_\_ 区

氏 名

続 柄 父・母・その他 ( )

個人番号 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

受給者番号		医療機関名																			
フリガナ		性 別	男 ・ 女																		
本人氏名		生年月日	年 月 日																		
		個人番号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 300px; height: 20px;"><tr><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td></tr></table>																		
住 所	〒 _____ 電話番号 ( ) _____ 岡 山 市 _____ 区 <input type="checkbox"/> 届出者と同じ (届出者と同じ場合は、こちらに <input checked="" type="checkbox"/> 。記載は不要)																				
変更事項	氏名・住所・加入保険・その他 ( )																				
変更前	<input type="checkbox"/> 養育医療券のとおり (加入保険の変更の場合は、こちらに <input checked="" type="checkbox"/> 。記載は不要)																				
変更後	<input type="checkbox"/> コピーのとおり (加入保険の変更の場合は、こちらに <input checked="" type="checkbox"/> 。記載は不要)																				
変更年月日	年 月 日																				
変更理由																					

注：加入保険変更の場合は新しい保険証のコピーを添付してください  
 ※個人番号については、番号法に基づき、養育医療に関する事務に利用いたします。