第13号様式

期間延長

内容変更

|  |
| --- |
| 第　　　　　号　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　殿指定医療機関名　　　　　　　　　　印更生医療変更承認申請書更生医療を実施したところ　　　　　　　する必要が生じたので下記のとおり申請する。記 |
| 更生医療券番号 | 　 | 医療券交付年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 診察開始年月日 | 　　年　　月　　日 | 受療者氏名 | 　 |
| 変更事項及び事由 | 　 |
| 変更後の概算額 | 　 | 変更後の期間 | 　年　月　日から　年　月　日まで | ケ月 |
| 私は、上記の変更に同意します。受療者　　　　　　　　　　印 |