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 | | | | | |