第15号様式

期間延長

内容変更

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 第　　　　　号  　　　　年　　月　　日  受給者　　　　殿  御杖村長　　　　　　　　　　印  更生医療変更承認通知書  さきに申請された更生医療の給付について下記のとおり　　　　　が承認されたので通知します。  記 | | |
| 医療券番号 | (交付)　　年　　月　　日 | (変更)　　年　　月　　日 |
| 医療券記載事項 | 変更前 | 変更後 |
| 有効期日 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 入院・入院外の別 | 入院・入院外 | 入院・入院外 |
| 医療費概算額 | 円 | 円 |
| 自己負担額 | 円 | 円 |
| その他 |  | |