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 | 　 |