

更生医療 方針変更 申請書
 期間延長

年 月 日

指定医療機関名

印

石 狩 市 長 様

更生医療を実施したところ、医療方針を変更する必要が生じたので、下記の
 期間を延長 とおりに申請します。

記

更生医療券 番 号		医療券交付 年 月 日	年 月 日
診療開始 年 月 日	年 月 日	受療者氏名	
変 更 事 項 及 び 事 由		医 療 の 経 過	入院(通院) 年 月 日
			手術名及び 年 月 日
			処 置 名
			検 査 名
			変化の状況 及び 期 日
		現 症	
変更後の医療費 概 算 額	円	医療機関名 担当医師名	印

上記の変更に同意します。

住所

氏名

印