

富山県知事

殿

(〒)

住 所

申請者

氏 名

(電話)

(受給者との続柄)

先天性血液凝固因子障害等医療受給に係る変更届

下記のとおり変更しましたので届出します。

記

受給者 氏 名		受給者 番 号	
------------	--	------------	--

区分	変更（追加）前	変更（追加）後	変更（追加） 年 月 日
氏 名			
住 所			
被 保 険 者 氏 名	(受給者との続柄)	(受給者との続柄)	
保 険 種 類	協・組・船・共 国(組・一・退)・後高	協・組・船・共 国(組・一・退)・後高	
被 保 険 者 証 記 号 番 号			
被 保 険 者 証 発 行 機 関 名			
受 診 医 療 機 関 (医療機関コード)	()	()	
	()	()	

注 1 : 変更のない個所は斜線をして下さい。

2 : 氏名・住所の変更の場合は住民票の写し及び受給者証、被保険者証の変更の場合は被保険者証の写し、受診医療機関の変更・追加の場合は受給者証を添付して下さい。