様式第５号

　　　年　　　月　　　日

　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　〒

住　所

　　　　 　　申請者

氏　名

電話番号

特定疾患医療受給者証（県単）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 |  |  |  |
| ふりがな |  |  |  |
| 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 | 協・組・船・共・国（組・一・退）・後 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |

注１：変更のない箇所は斜線をして下さい。

受　　 付　 　印

　２：氏名・住所の変更の場合は住民票その他の変更の事実を確認できる書類

及び受給者証の写しを添付して下さい。

　 　 受診医療機関の変更・追加の場合は受給者証の写しを添付して下さい。