

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 別	協・組・船・共 国(組・一)・(後・介)	協・組・船・共 国(組・一)・(後・介)	
記 号 番 号			
保 険 者 名			
受診医療機関 (医療機関コード)	( )	( )	
	( )	( )	

※変更のない個所は斜線をして下さい。

【添付書類】

- (1) 現在お持ちの受給者証
- (2) ①氏名・住所変更は変更後の氏名または住所が確認できる書類（住民票、運転免許証の写し等）  
②医療保険の変更は新しい保険者が発行した特定疾病療養受療証の資格が確認できる資料（先天性血液凝固第Ⅷ因子欠乏症（血友病A）、先天性血液凝固第Ⅸ因子欠乏症（血友病B）及び血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症患者に限る。）