

青森県知事 殿

住所
届出者

氏名
(記名・押印又は署名)
受給者との続柄
電話番号

印

特定疾患医療受給者証内容変更届

受給者番号	受給者氏名	
-------	-------	-------	--

※今回、変更する項目のみを記載してください。

(変更年月日： 年 月 日)

ふりがな			
氏名			
住所	〒 青森県 電話番号 ()		
加入医療保険	保険種別	協会けんぽ・健組・共済・国保・後期高齢・国組	
	被保険者名		受給者との続柄
その他			

【添付書類】

- 氏名、住所変更の場合**
現在お持ちの受給者証、住民票(変更後の内容を確認できるもの)
- 加入医療保険変更の場合**
現在お持ちの受給者証コピー及び新しい医療保険証(医療機関受診時に提示するもの)のコピーと同意書(第9号様式)
ただし、国保と後期高齢者以外の方は、他にも必要な書類がありますので、保健所に確認してください。
- その他変更の場合**
変更の内容により添付書類が異なりますので、保健所に確認してください。