第５号様式（第１１関係）

　　　　　　年　　月　　日

　青森県知事　　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 届出者 | 住　　所  氏　　名  受給者との続柄  電話番号 |

先天性血液凝固因子障害等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）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 変 更 事 項 | 変 更 後 の 内 容 | | | | |
| ふりがな |  | | | | |
| 氏　　　名 |  | | | | |
| 住　　　所 | 〒  電話番号　　　　（　　　　） | | | | |
| 加入医療保険 | 保険者名 |  | | | |
| 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 |  |
| 医療機関  （追加・変更） | 【追加】（医療機関名）  　　　　（所在地） | | | | |
| 【変更（変更前）】  （医療機関名）  （所在地） | | 【変更（変更後）】  （医療機関名）  （所在地） | | |
| そ　の　他 |  | | | | |

【添付書類】

１．氏名、住所変更の場合：①現在お持ちの医療受給者証、②住民票、運転免許証等の写し（変更後の内容を確認できるもの）

２．加入医療保険変更の場合：①変更後の医療保険の資格情報が確認できる書類、②変更後の特定疾病療養受療証に係る情報が確認できる書類（血友病等の方のみ）

３．医療機関追加・変更の場合：①現在お持ちの医療受給者証