第５号様式（第１２関係）

　　　年　　月　　日

　　 殿

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

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】**

１　**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)

２　**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。

３　**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。