

青森県知事 殿

住 所

届出者

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】

- 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。