

青森県知事 殿

住 所

届出者

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