

### 特定疾患医療受給者証記載事項等変更届

受給者	氏名				受給者番号									
	性別	男・女	生年月日		明・大 昭・平	年	月	日	生					

変更事項	氏名	新											
		旧											
	変更年月日 (年 月 日)	新											
		旧											
	住所	新	(〒 - )										
		旧											
	変更年月日 (年 月 日)	新											
		旧											
	加入医療保険	新											
		旧											
	変更年月日 (年 月 日)	新											
		旧											
受療医療機関	新												
	旧												
変更(追加)年月日 (年 月 日)	新												
	旧												

上記のとおり、変更が生じたので届出します。

年 月 日

届出者 住所 (〒 - )

氏名 印

(受給者との続柄: )

保健所長 殿

保健所收受印欄

- (注) 1 氏名、住所及び加入医療保険の変更の場合は、交付済み受給者証を必ず添付してください。  
2 住所の変更の場合は、受給者の現住所を確認できる書類(住民票、運転免許証、医療保険の資格情報が確認できる資料のいずれかで、現住所が記載されているもの)を添付してください。  
3 氏名の変更の場合は、変更前の氏名と変更後の氏名の両方が確認できる公的機関の発行書類(住民票、運転免許証の写し等)を添付してください。なお、運転免許証については、訂正事項が記載されている裏面の写しも添付してください。  
4 加入医療保険の変更の場合は、医療保険の資格情報が確認できる資料、加入医療保険者への所得区分の照会に関する同意書及び加入医療保険者が所得区分の認定を行うために必要な書類を添付してください。