

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証記載事項等変更届										
受給者	氏名				受給者番号					
	生年月日	年 月 日 生								
変更事項	氏名	新								
		旧								
	住所	新	(〒 -)							
		旧	(電話番号: - -)							
	加入医療保険	新								
		旧								
	受療医療機関	新	(所在市町村:)							
		旧								
上記のとおり、先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の記載事項に変更が生じたので届出します。										
年 月 日										
届出者 住所 (〒 -)							保健所收受印欄			
氏名										
(受給者との続柄:)										
保健所長 殿										

- (注) 1 氏名、住所の変更の場合は、交付済み受給者証を必ず添付してください。
2 氏名及び住所の変更の場合は、受給者の住民票を添付してください。
3 加入医療保険の変更の場合は、加入医療保険証を持参してください。
4 氏名の変更について、受給者の住民票で変更前の氏名が確認できない場合は、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(運転免許証等)の写しもあわせて添付してください。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。