

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証変更届

年 月 日

神奈川県知事 殿

郵便番号  
 .....  
 届出者 住所  
 .....  
 (申請者) 氏名  
 .....  
 受給者との続柄  
 .....  
 電話  
 .....

次のとおり変更したので届け出ます。

ふりがな									男・女	年 月 日生	
受給者氏名											
公費負担者番号	5	1	1	4	7	0	1	5	受給者証交付年月日		
受給者番号									年 月 日		
変 更 内 容	ふりがな	新									
	受給者氏名	旧									
	住所	新	〒								
		旧	〒								
	被保険者 証又は組 合員証	新	種別	( 年 月 日変更)				記号番号		発行機関	
				被保険者氏名							
		旧	種別					記号番号		発行機関	
				被保険者氏名							
	医療機関	新	名称							年 月 日	
										(変更・追加)	
旧		名称									

- (注) 1 変更のある事項のみ記入してください。  
 2 受給者の氏名又は住所の変更の場合は、住民票又は住所が確認できる健康保険証等の写しを添付してください。