

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証変更届

受給者	フリガナ		性別	男・女	
	氏名				
	生年月日	大正・昭和・平成・令和		職業	
		年	月		
	住所	(〒 -)	(電話)	—	—
		(携帯)	—	—	
	受給者番号				
変更内容	変更事項	旧(変更前)	新(変更後)		

上記のとおり医療受給者証の記載内容等の変更を届け出ます。

令和 年 月 日

申請者氏名

受給者との続柄 ()

長崎県知事様

【届出に必要な添付書類】

変更内容	必要な添付書類
------	---------

※【血友病A・Bの病名で受給されている方】

変更内容に関わらず、下記の必要書類に加え、①健康保険証のコピー ②ご加入の医療保険の保険者(健康保険証の発行元)が発行した「特定疾病療養受療証」のコピーを添付してください。

住所・氏名の変更の場合	○ 新しい住所・氏名が確認できる[公的書類] 例：住民票/運転免許証の北°-(裏表) など
健康保険証の変更の場合	○ 変更後の新しい保険証の北°-