

(様式3号)

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証変更届

受給者	受給者番号				
	フリガナ		性別	男・女	
	氏名				
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日
	個人番号				
	住所	〒	—	(電話)	—
申請者	氏名	※受給者と同じ場合は記載不要		受給者との続柄	
	住所	〒	—		(電話)
変更内容	変更事項	変更後の内容			
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					
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
住所・氏名	① 新しい住所・氏名が確認できる[公的書類] 例：マイナンバーカード表面/住民票/運転免許証のコピー(両面)等
健康保険証	① 変更後の保険証の記号・番号等が分かる書類 (資格確認書または資格情報のお知らせのコピー、マイナポータルからダウンロードした資格情報画面を印刷したもの 等) ② 【血友病A・Bの病名及び血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症で受給されている方】は、 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