

(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
	氏 名			
	生年月日	大正 · 昭和 · 平成 · 令和	年	月
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	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	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) 【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