

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証記載事項変更届

平成 年 月 日

保健福祉事務所長
保健所長

住所
届出者
氏名
(受給者との続柄；) 印

下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の変更を届け出ます。

1 受給者

医療受給者 番号								
(フリガナ) 受給者氏名	-----			男・女	生年月日	年	月	日生

2 内容

変更事項		(次の該当する箇所に○印をつけてください。)
		----- 氏名 ・ 住所 ・ 保険
変更内容	新	
	旧	
変更年月日	平成 年 月 日から変更	
備考		

※次の書類を添付すること

- 「氏名」「住所」が変更した場合、住民票等の写し（運転免許証、保険証等で確認できるもの）
- 「保険」が変更した場合、医療保険証の写し及び最新の特定疾病療養受療証の写し（血友病A・Bの方及び血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症の方は必ず必要です。場合によっては、保険者に確認させていただく場合もあります。）