様式第５号

|  |
| --- |
| **特定疾患医療受給者証記載事項等変更届** |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日岩手県知事　　　　　　　　　　様　（〒　　　　　－　　　　　　）　（電話　　　　　－　　　　－　　　　　）申請者　住所申請者　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（受給者の　　　　　　・ 本人 ）特定疾患医療受給者証記載事項等を変更したので届け出ます。 |
| 対象疾患患者  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　　　月　　　　　日　　（満　　　　才） |
| 住　所（申請者と異なる場合のみ記入） | （〒　　　　　－　　　　　　）　（電話　　　　　－　　　　－　　　　　） |
| 変更事項　（変更部分のみ記載のこと） | ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | （〒　　　　　－　　　　　　）　（電話　　　　　－　　　　－　　　　　） |
| 保険の種　類 | 　協会健保　・　組合　・　船員　・　共済　・　後期高齢者　　国保（　一般　・　退職　）・　その他（　　　　　　　　　） | 本人・家族の別 | 本人 ・ 家族 |
| 記号・番号 |  | 発行機関名及び番号 | 〔番号　　　　　　　　　　　　　〕 |
| 変更（適用）年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 今後お送りするお知らせ及び受給者証の送付先 | 受給者　・　申請者　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保健所等記入欄 | 特記事項 | **受　付　印** |
|  |
| 変更申請書 | 受給者証 |  |  |  |  |  |