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 |  |  |  |  |  |