

特定疾患医療受給者証記載事項等変更届

令和 年 月 日

岩手県知事 達増 拓也 様

(〒 -) (電話 - -)
申請者 住所

申請者 氏名 印 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 者	受給者番号								性別	男・女	
	ふりがな										
	氏名										
	生年月日	明・大・昭・平 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	
	被保険者証 の記号番号				被保険者証発行 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	押印確認				

記載例

特定疾患医療受給者証記載事項等変更届

令和 2年 8月 1日

岩手県知事 達増 拓也 様

(〒 020 - 0857) (電話 090 -0000 -0000)

申請者 住所

盛岡市内丸 10-1

申請者 氏名

岩手 太郎

印

続柄(受給者の 長男 ・ 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	0	5	0	1	2	3	4	性別	男 ・ 女	
	ふりがな	いわて もりこ									
	氏名	岩手 盛子									
	生年月日	明・大・昭・平 12年 3月 4日 (満 83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	(〒 020 - 0000) (電話 - -) ▲▲市○○○11-1									
	保険の 種類	協会健保 ・ 組合 ・ 船員 ・ 共済 ・ 後期高齢者						本人 ・ 家族の別		本人	家族
	被保険者証 の記号番号	01234567		被保険者証発行 機関名及び番号			岩手県後期高齢者医療広域連合 [番号 39031234]				
変更(適用)年月日	令和 2年 5月 1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()										

ここは変更になった項目
のみ、変更後の内容を
記載してください。保健所
記入欄

特定事項

受付印

ここは記載不要です。

変更申請書

受給者証

押印確認