

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証変更届

年 月 日

神奈川県知事 殿

郵便番号

届出者 住所

(申請者) 氏名

受給者との続柄

電話

次のとおり変更したので届け出ます。

公費負担者番号	5	1	1	4	7	0	1	5	
受給者番号									
ふりがな							年 月 日生		
受給者氏名							年 月 日生		
変 更 内 容	ふりがな	新							
	受給者氏名		旧						
	住所	新	〒						
		旧	〒						
被保険者証又は組合員証	新	保険者名称	記号・番号又は被保険者番号						
		( 年 月 日変更)	被保険者氏名						
	旧	保険者名称	記号・番号又は被保険者番号						
医療機関	新	名称	年 月 日						
		所在地	(変更・追加)						
	旧	名称							

(注) 1 変更のある事項のみ記入してください。

2 受給者の氏名又は住所の変更の場合は、住民票の写しやマイナンバーカード(両面)、住所が確認できる健康保険証等の写しを添付してください。