様式第5号

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証変更交付申請書

年　　月　　日

鹿児島県知事　殿

申請者　住 所

氏 名

受給者との続柄

下記のとおり，変更（したい・した）ので申請します。

ふりがな 氏名								受給者番号						-
変更月日			年　　月　　日											
変更内容	ふりがな 氏名													
	住所		（〒　　－　　）TEL（　　）　　－											
	医療保険	保険種別	政 組 船 共 国 退 後			被保険者氏名								
		保険者コード				受給者との続柄		1　本人　・　2　家族						
		記号				番号								
		被保険者証発行機関名				所在地								
	医療機関	事項	1 変更 2 追加	名称			医療機関コード							
		所在地	〒　　－　　Tel（　　）　　－											
変更（追加）理由														

1　「変更内容」については，今回申請する変更事項のみ記入してください。
2　（必要書類）
- 氏名変更･･･戸籍抄本，受給者証
- 住所変更･･･住民票，受給者証
- 医療保険変更･･･保険証（写），受給者証，血友病A･Bの方は特定疾病療養受領証（写）
- 医療機関変更･･･受給者証