

様式第4号

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の記載事項変更届									
1 氏名		2 住所			3 加入保険			4 受給者証返還	
受給者番号	9	9							
氏名						電話			
住所	〒								
変更事項	変更前			変更後			変更年月日		
氏名									
住所	〒			〒					
加入医療保険	被保険者氏名								
	受給者との続柄								
	保険等種別	政・組・船・共・国・（後・介）			政・組・船・共・国・（後・介）				
	記号・番号								
	発行機関名								
受給者証返還理由	1 治癒		2 死亡		3 県外転出		4 その他（ ）		
<p>上記のとおり変更したのでお届けします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">申請者</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p> <p style="text-align: right;">（受給者との続柄）</p> <p>福井県知事様</p>									

注1 加入保険の変更については、健康保険証の写し、および特定疾病療養受療証の写し（血友病A、血友病Bの方のみ）を添付してください。

2 郵送による受給者証の交付を希望される場合は、申請者のあて先を記した封筒を添付してください。

3 受給者証返還については、返還の理由を記載し、お持ちの受給者証を添付してください。

4 自署の場合は押印不要です。