

特定疾患等医療給付申請書等記載事項変更届

令和 年 月 日

(宛先)埼玉県知事

申請者

住 所	〒
氏 名	印
電 話 番 号	( )
受給者との続柄	

申請者:患者本人又は保護者(患者が18歳未満の場合)が自署又は記名押印

下記のとおり、変更しましたので届け出ます。

記

区 分	特定疾患・先天性血液凝固因子欠乏症等	受給者番号	.....
フリガナ		性 別	男・女
受給者氏名		生年月日	明 大 昭 平 令 年 月 日

<氏名の変更>

(フリガナ)	
旧 氏 名	

(フリガナ)	
新 氏 名	

<住所の変更>

旧	〒
住	
所	

新	〒
住	
所	TEL ( )

<健康保険の変更>

(フリガナ)	
被保険者氏名	
保険者名称	

変更年月日	年 月 日
受給者との続柄	
記号・番号 (後期高齢者医療 広域連合の場合は 被保険者番号)	

<備考>

--

(注)添付書類

1. 受給者証
2. 住民票(氏名・住所変更のとき)
3. 健康保険の変更は
  - ①健康保険証の写し
  - ②同意書
  - ③限度額適用認定証、高齢受給者証等(交付されているかたのみ)