

(5)先天性血液凝固因子障害等医療受給者証変更届

様式第5号(第15条関係)

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証変更届

年 月 日

福岡県知事 殿

住所

(申請者) 氏名

印

受給者との続柄 ()

電話番号 () -

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証等の内容について、下記のとおり変更がありましたので、福岡県先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱第15条の規定により、届け出ます。

公費負担者番号	5	1	4	0	7	0	1	3	受給者番号	9	9							
受給者	氏名							職業										
	生年月日	明	大	昭	平	年	月	日	性別	男 ・ 女								
	住所																	
	治療研究の有効期間							年	月	日から							年	3月
変更	変更年月日	年 月 日																
	変更理由	1 氏名 2 住所 3 加入医療保険 4 その他 ()																
		変更前							変更後									
		旧氏名							新氏名									
内容		旧住所 ()							新住所 ()									
	加入医療保険	被保険者氏名							被保険者氏名									
		受給者との続柄							受給者との続柄									
		保険種別	政・組・船・共・国・後・介						保険種別	政・組・船・共・国・後・介								
		被保険者証	記号						被保険者証	記号								
			番号							番号								
	発行機関名							発行機関名										

添付書類

- 1 変更理由が1、2の場合…… 住民票(戸籍抄本記載のもの)
- 2 " 3の場合…… 加入医療保険証の写し
加入医療保険者発行の特定疾病療養受療証の写し(該当疾病患者のみ)
- 3 " 4の場合…… その理由を証する書類

(保健福祉環境事務所收受印)

