

特定疾患等医療給付申請書等記載事項変更届

年 月 日

(宛先)埼玉県知事

申請者

住 所	〒
氏 名	
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)の記名

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	
受給者氏名		生年月日	

<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	
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. 氏名・住所変更のときは、変更事項が分かれる公的書類の写し(運転免許証<両面>の写し等)
3. 健康保険の変更は
 - ①対象患者の医療保険の資格情報が確認できる資料
 - 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)(有効期間が明記されかつ有効期間内のもの)

※ 血友病A・B及び血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症患者のかたは、被保険者証発行機関が発行した特定疾患療養受療証の資格が確認できるものが必要です。