【７】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受給者番号

この用紙は、**健康保険が変更となった方**に提出していただくものです。対象となる方は、以下に必要事項を記入してください。

**健康保険変更届兼同意書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更年月日 | 　　年　　　　　月　　　　　日 |  |
| 変更事項１ | フ リ ガ ナ |  | 患者との続柄 |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 変更事項２ | 保険者名称 |  | 記号・番号 |  |

**こちらも必ず記入してください。**

**＜同意書＞**

　特定疾患治療研究事業に係る医療の給付及び難病の患者に対する医療等に関する法律に規定する特定医療費の支給を受けるに当たり、必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、埼玉県が私の加入する医療保険者に情報を提供するとともに、報告を求めることに同意します。

令和　　　年　　　月　　　日

（宛先）埼玉県知事

様

　　　　医療保険者

□受給者

住所

氏名

□被保険者（受給者の方が被保険者の場合は、記名をしなくて結構です。）

住所

氏名

□法定代理人（受給者の方が未成年の場合は必ず親権者の方が記名してください。）

住所

氏名

　　　　　　　　　　　　　（本人との続柄：　　　　　　）