

富山県知事 殿

〒
住 所
申請者
氏 名
電話番号

特定疾患医療受給者証（県単）に係る変更届

下記のとおり変更しましたので届出します。

記

| | | | |
|-------|--|-------|--|
| 受給者氏名 | | 受給者番号 | |
|-------|--|-------|--|

| 区 分 | 変 更 ・ 追 加 前 | 変 更 ・ 追 加 後 | 変更追加年月日 |
|-------------|---------------------|---------------------|---------|
| ふりがな | | | |
| 氏 名 | | | |
| 住 所 | | | |
| 被 保 険 者 氏 名 | (受給者との続柄) | (受給者との続柄) | |
| 保 険 種 類 | 協・組・船・共・国 (組・一・退)・後 | 協・組・船・共・国 (組・一・退)・後 | |
| 被保険者証記号番号 | | | |
| 被保険者証発行機関名 | | | |
| 受診医療機関 | | | |

注1：変更のない箇所は斜線をして下さい。

2：氏名・住所の変更の場合は住民票その他の変更の事実を確認できる書類及び受給者証を添付して下さい。

受診医療機関の変更・追加の場合は受給者証を添付して下さい。

| |
|-------|
| 受 付 印 |
| |