

富 山 県 知 事 殿

申請者 住 所 (〒 -)

氏 名

電話番号

特定疾患医療受給者証・登録者証に係る変更届

公費負担者 番 号	5 1 1 6	受給者番号		受給者氏名	
--------------	---------	-------	--	-------	--

区 分	変 更 ・ 追 加 前	変 更 ・ 追 加 後	変更追加年月日
フリガナ 氏 名			
住 所			
フリガナ 被保険者 氏 名	(受給者との続柄)	(受給者との続柄)	
保険種別 コ ー ド	協・組・船・共・国(組・一)・後	協・組・船・共・国(組・一)・後	
記号番号			
保険者名			
保険者番号	/	/	
医療機関名			
医療機関 コ ー ド			

注：変更のない箇所は斜線をして下さい。

【添付書類】

- (1) 医療受給者証
- (2) ①氏名や住所の変更の場合、住民票その他の現氏名や現住所を確認できる書類
②医療保険内容を変更する場合、医療保険の資格情報が確認できる資料