

特定疾患医療受給者証記載事項変更届

| | | | | | | | | | |
|---|-------------|----------|--------------------|--------|-------------|--|---------|--|--|
| 受給者 | 氏名 | | 受給者 番号 | | | | | | |
| 変更する事項 | 区 分 | ○印 | 変 更 後 の 事 項 | | | | | | |
| | 住 所 | | 〒 ー | | | | | | |
| | | | 電話番号 () ー | | | | | | |
| | 氏 名 | | フリガナ (旧氏名) | | | | | | |
| | 加入医療 保 険 | | | 保険種別番号 | 被保険者氏名 | | 受給者との続柄 | | |
| | | | 保険者名 | | 被保険者証の記号・番号 | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 変 更 年 月 日 | | 平成 年 月 日 | | | | | | | |
| <p>上記のとおり変更になりましたのでお届けします。</p> <p>岐阜県知事 様</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>届出者 区 分 <input type="checkbox"/> 受給者 <input type="checkbox"/> 代理人</p> <p>住 所 〒 ー</p> <p>電話番号 () ー</p> <p>氏 名 _____ 印 (自署又は記名押印)</p> <p>受給者証送付先 <input type="checkbox"/> 受給者住所 <input type="checkbox"/> 代理人住所 <input type="checkbox"/> 下記へ送付</p> <p>〒 ー</p> | | | | | | | | | |

- 注) 1 太線の枠内を消せないボールペンで記載してください。
 2 変更する事項の該当欄に○印を記載してください。
 3 □欄は、該当するものに「レ」を記載してください。
 4 届出者が受給者の代理人である場合は、本件の届出手続きに係る受給者からの委任状(任意様式)を添付してください。
 5 必要な書類を添付して、住所を管轄する保健所に提出してください。
 (必要な書類) 住所の変更：世帯全員の住民票、氏名の変更：戸籍抄本等、
 加入医療保険：保険証の写し及び同意書(様式第12)

| | | | |
|------------|---------|----------|--------|
| 保健所 使用欄 | 保 健 所 名 | | 保健所受理印 |
| | 届出受理日 | 平成 年 月 日 | |
| | 備 考 | | |

保險種別番号

| | | |
|----|------|-------------|
| 20 | 船員本人 | 船員保険本人 |
| 21 | 船員家族 | 船員保険家族 |
| 50 | 協管本人 | 全国健康保険協会本人 |
| 51 | 協管家族 | 全国健康保険協会家族 |
| 60 | 健組本人 | 健康保険組合本人 |
| 61 | 健組家族 | 健康保険組合家族 |
| 70 | 共済本人 | 共済組合本人 |
| 71 | 共済家族 | 共済組合家族 |
| 80 | 国保一般 | 国民健康保険 |
| 81 | 退職本人 | 国民健康保険退職者本人 |
| 82 | 退職家族 | 国民健康保険退職者家族 |
| 85 | 後期高齢 | 後期高齢者医療 |
| 90 | 国組本人 | 国民健康保険組合本人 |
| 91 | 国組家族 | 国民健康保険組合家族 |