

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		〒 - 電話番号 () -							
	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		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;">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 〒 -</p> <p>電話番号 () -</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>〒 -</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	年 月 日	
	備 考		

保険種別番号

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