

様式第4号

| 先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請内容変更届 | | | | | | | |
|--|--|---------------------------|--|--|-------------------|-------|--|
| 受給者 | フリガナ | | | | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 氏 名 | | | | | (歳) | |
| | 住 所 | (郵便番号) | | | | | |
| | | (電話番号) | | | (日中連絡が取れる電話番号) | | |
| 受給者番号 | | | | | | | |
| 変更事項 | | 変 更 前 | | | 変 更 後 | | |
| <input type="checkbox"/> | 受給者に関する事項 (氏名、住所) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 加入医療保険に関する事項 (種別、記号及び番号、保険者の名称) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 受診医療機関に関する事項 | 医療機関名称 医療機関所在地 | | | 医療機関名称 医療機関所在地 | | |
| <input type="checkbox"/> | その他 | 1 治癒 2 死亡 3 その他 () | | | | | |
| 変 更 年 月 日 | | 年 月 日 | | | | | |
| <p>先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の記載事項に変更があったので、上記のとおり届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>届出者 (受給者又は受任者) 住 所 _____ 氏 名 _____</p> <p>山形県知事 殿</p> | | | | | | | |
| 届出手続等を委任する場合 | <p>私は、この届出に係る書類の提出及び受領に関する権限を次の者に委任します。</p> <p>受任者 住 所 _____ 氏 名 _____ (受給者との続柄 _____) 電話番号 _____</p> <p>届出者 (受給者) 氏 名 _____</p> | | | | | | |

備考 1 変更がある事項の□にレ印を記入し、変更の内容を記入すること。

2 「その他」の欄については、該当するものを○で囲むこと。

【添付書類】

1 変更内容がわかる書類等を添付してください。

2 交付を受けている医療受給者証をつけてください。