先天性血液凝固因子障害等医療受給資格変更申請書

年　　月　　日

　栃木県知事　　　　　　　　　　　様

住　　所

電話番号

氏　　名

受給者との続柄

　下記の事項について、変更を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 | ９ | ９ |  |  |  |  |  | 受給者氏名 |  |
| 変更年月日 | 　　年　　月　　日から変更 |
| 変更前の内　　容 |  |
| 変　更　事　項 | 変　更　後　の　内　容 |
| 変　　　更　　　内　　　容 | １ | フリガナ氏　　名 |  |
| ２ | 住　　所 |  |
| ３ | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| ４ | 保険種別 | 政・組・船・共・国・退・後 | 保険区分 |  本人　・　家族 |
| ５ | 電話番号 | （　　　　）　　　　－　　　　 |
| ６ | 医療機関〔変更〕〔追加〕 |  |  |  |
| ７ | 連絡先 | 連絡方法 | 郵送・電話・来所・その他（　　　　　　　　　） |
| ﾌﾘｶﾞﾅ氏名 |  | 電話番号 | （　　　　）　　　　－　　　　 |
| 住所 |  | 受給者との続柄 |  |

（注）１　変更する項目のみ記入し、変更内容を確認できる書類を添付してください。

２　医療機関の追加・変更の場合は、すでに承認されている医療機関名も記入してください。