

# 先天性血液凝固因子障害等医療受給者証変更届

様式5

下記のとおり変更がありましたので、大阪府知事に届け出ます。								年	月	日
受給者名 氏	受給者番号									
	生年月日			年		月		日		

※ 受給者証は、申請者にお送りします。

申請者	氏名 (自署又は記名押印)			受給者との続柄	
	住所	〒			
	電話番号				

※ 受給者証発行後に変更となった項目番号に○を付し、変更内容を記載してください。						添付書類
1	フリガナ 氏名	新			旧	<ul style="list-style-type: none"> <li>氏名変更確認書類</li> <li>※住民票又は氏名が確認できる公的証明書の写し</li> </ul>
2	新住所	〒		電話 ( )		<ul style="list-style-type: none"> <li>住所確認書類</li> <li>※住民票または住所が確認できる運転免許証等の写し</li> </ul>
	旧住所	〒		電話 ( )		
3	加入医療保険	保険種別	市町村国保・国保組合・社会保険・後期高齢			<ul style="list-style-type: none"> <li>健康保険証の写し</li> <li>特定疾病療養受療証の写し(血友病及びHIV患者のみ)</li> </ul>
		保険者名称 (保険者番号)	( )			
		被保険者 または世帯主				
		記号・番号				

受付日			年	月	日	確認者	
							大阪府受付印
有効期間		年		月		日	
		年		月		日	