

特定疾患医療受給者証 記載事項変更届

年 月 日

三重県知事 へ

届出者 氏名
住所

氏名

連絡先
電話番号

受給者との
続柄

次のとおり変更(追加)になりましたので届けます。

受給者	受給者番号			
	氏名			
変更事項	1 姓名	変更前		
	2 住所			
	3 医療機関及び訪問看護ステーション等の変更	変更後		
	4 医療機関及び訪問看護ステーション等の追加			
	5 保険者、記号・番号			
変更年月日		年	月	日
備考				受付欄

- (注)
1. 変更事項欄の当該する番号に○印をつけてください。
 2. 受給者証変更の場合は、現在お持ちの受給者証を添付して下さい。
 3. 医療機関変更と追加の場合は、医療機関の所在地及び電話番号を記入して下さい。
 4. 保険者及び記号・番号が変更になった場合は、医療保険の資格情報が確認できる資料等の必要書類(※)を提出してください。
※必要書類は、保険者、所得等に応じて異なりますので、詳しくは各保健所へお問い合わせ下さい。