様式第４号

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の記載事項変更届

１　氏　　名　　２　住　　所　　３　加入保険　　４　受給者証返還

受給者番号	9	9						
氏　　名							電話	
住　　所	〒							

変更事項		変　更　前	変　更　後	変更年月日
氏　　名				
住　　所		〒	〒	
加入医療保険	被保険者氏名			
	受給者との続柄			
	保険等種別	政・組・船・共・国・（後・介）	政・組・船・共・国・（後・介）	
	記号・番号			
	発行機関名			
受給者証返還理由		１　治癒　　２　死亡　　３　県外転出 ４　その他（　　）		

上記のとおり変更したのでお届けします。

年　　月　　日

住　所

申請者

氏　名

福　井　県　知　事　様　　（受給者との続柄　　）

注１　加入保険の変更については、健康保険証の写し、および特定疾病療養受療証の写し（血友病Ａ、血友病Ｂの方のみ）を添付してください。

２　郵送による受給者証の交付を希望される場合は、申請者のあて先を記した封筒を添付してください。

３　受給者証返還については、返還の理由を記載し、お持ちの受給者証を添付してください。