

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
受給者氏名				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			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		・氏名変更確認書類 ※住民票又は氏名が 確認できる公的証明 書の写し
2	新住所	〒		電話 ()		・住所確認書類 ※住民票または住所 が確認できる運転免 許証等の写し
	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			・健康保険証の写し ・特定疾病療養受療 証の写し(血友病及 びHIV患者のみ)
		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