

千葉県先天性血液凝固因子障害等受給者証記載事項変更届

千葉県知事

様

年 月 日

届出者 住 所
氏 名
患者との続柄
電話番号

保健所受付年月日

千葉県先天性血液凝固因子障害等受給者証の記載事項の一部(住所・氏名・保険区分、医療機関[追加、変更])について、下記のとおり変更しますのでお届けします。

住基 確認	1. 確認日
	2. 確認者 押印

記

受給者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受給者氏名									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

		旧	新																										
変 更 事 項	氏 名		カナ氏名														漢字氏名												
	住 所 等		郵便番号														電話番号												
			市町村名	千葉県		市区町村								※															
			字・番地														方書 (アパート、〇〇方)												
		加入保険	保 険 種 別 (いずれかに○をつける)																										
		1	2	3	4	5	6	7	8	協会健保	組 合	共 済	国保(一般)	国保(退職)	後期高齢	国保組合	その他												
	被保険者との続柄	1	2	本人	本人以外																								
	医 療 機 関	病院名(薬局名)	住 所					電 話 番 号																					

- 注意事項
1. 変更する箇所のみ記入してください。
 2. 変更する箇所に係る公的証明書類(戸籍、健康保険証)を添付してください。
※ なお、住所変更のみの場合には、住民票の添付は不要です。
 3. 氏名については、カナ・漢字とも、姓・名の間を1マス空けてください。
 4. 内は記入しないでください。(保健所で記入します。)