

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証変更届

住所
氏名
下記のとおりに加入保険 受療医療機関 疾患名 を変更(追加)したので届け出ます。

受給者番号	
受給者氏名	
変更事項(年 月 日より変更)	
変更前	(疾患名追加の場合は、現在承認されているものを記入すること)
変更後	(疾患名追加の場合は、既承認分と追加分されているものを記入すること)
変更理由(疾患名追加の場合は、詳細に記載のこと)	

年 月 日 届出人 住所

氏名

受給者との続柄

大分県知事 殿

○添付書類

1. 氏名、住所変更の場合

- ①現在お持ちの先天性血液凝固因子障害等医療受給者証
- ②現住所や氏名の変更が確認できるものであれば、住民票もしくは、免許証や保険証等の写しでもよい。

2. 加入医療保険変更の場合:

- ①新しい保険証の写し

3. 医療機関追加・変更の場合

- ①現在お持ちの先天性血液凝固因子障害等医療受給者証

4. 疾病名の追加の場合

- ①現在お持ちの先天性血液凝固因子障害等医療受給者証
- ②主治医の診断書

* 変更があったとき(疾患名の追加の場合、診断された日から)から14日以内に届け出ること。