

特定疾患医療受給資格変更申請書

年 月 日

香 川 県 知 事 殿

申請者住所

申請者氏名

受給者との続柄 ()

下記のとおり変更になりましたので申請します。

特定疾患医療受給者番号							
患 者	住 所						
	氏 名						
	生年月日	年 月 日					
変更内容	新	1 氏 名 2 住 所 〒 電話番号 3 医療保険 別添のとおり 4 その他 ()					
	旧	1 氏 名 2 住 所 〒 電話番号 3 医療保険 国保・後期・国組・協会・健組・共済・船員 4 その他 ()					
	変更年月日	年 月 日から変更					
備 考							

注1 変更内容の1～3の該当する番号に○印をつけて、変更箇所を記載してください。

2 変更要件を証する書類（下記）を添付して申請してください。

- | | | |
|------------------------------------|---|-------------------------------|
| 1. 氏名の変更の場合
2. 住所の変更の場合 | } | 住民票、運転免許証の写、など公的書類で変更が確認できるもの |
| 3. 保険の変更の場合： 医療保険の資格情報が確認できる資料のコピー | | |

※同意書及び被保険者等の所得課税状況が確認できる書類を求めることがあります。詳しくは、担当窓口にお問い合わせ下さい。