様式第５号（第１５条関係）

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証変更届

　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　福岡県知事　殿

（ 申 請 者 ） 住所

自署する場合は押印を省略することができます。

　　　　　　氏名 　　　印

　　 受給者との続柄（　　　　　）

　　　　　　　　　電話番号（　　　 ） 　　 －

　先天性血液凝固因子障害等医療受給者証等の内容について、下記のとおり変更がありましたので、福岡県先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱第１５条の規定により、届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担者番号 | | | | ５ | | １ | | ４ | ０ | ７ | | ０ | １ | ３ | | 受給者番号 | | | ９ | | | ９ | |  |  |  |  |  |
| 受給者 | 氏　　　名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | 職　　業 | |  | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | 年 　　月 　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　所 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治療研究の有効期間 | | | | | | | | | | 年　　月　　日から　　 　年　３月３１日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更 内 容 | | 変更年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更理由 | | | 1　氏名　　2　住所　　3　加入医療保険　　4　その他（ 　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変　　更　　前 | | | | | | | | | | | | | 変　　更　　後 | | | | | | | | | | | | | | |
| 旧氏名 | | | | | | | | | | | | | 新氏名 | | | | | | | | | | | | | | |
| 旧 住 所 （　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | 新 住 所 （　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 加 入 医 療 保 険 | 被保険者氏名 | | | |  | | | | | | | | 加 入 医 療 保 険 | | 被保険者氏名 | | | |  | | | | | | | | |
| 受給者との続柄 | | | |  | | | | | | | | 受給者との続柄 | | | |  | | | | | | | | |
| 保険種別 | | | | 協・組・船・共・国・後  ・介 | | | | | | | | 保険種別 | | | | 協・組・船・共・国・後  ・介 | | | | | | | | |
| 記号 | | | |  | | | | | | | | 記号 | | | |  | | | | | | | | |
| 番号 | | | |  | | | | | | | | 番号 | | | |  | | | | | | | | |
| 保険者名  所在地 | | | | | | | | | | | | 保険者名  所在地 | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類  １　変更理由が１、２の場合……　住民票の写し  ２　　　〃 ３の場合…… 加入医療保険者発行の特定疾病療養受療証  　　　　　　　　　　　　　　の資格を確認できる書類（該当疾病患者のみ）  ３ 〃 ４の場合…… その理由を証する書類 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | （保健福祉環境事務所収受印） | | | | | | |