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） |