

特定疾患医療受給者証（変更・返納届）

① 受給者	氏名		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
	受給者番号		受給者証の有効期間	平成	年	月	日から 平成 年 月 日まで
事実発生年月日 届出理由の生じた日		平成 年 月 日					
② 変更届 ※ 該当に○をつけてください。							
変更事項		氏名 ・ 住所 ・ 加入保険 ・ 送付先の変更					
変更後の内容を記載	受給者 フリガナ 氏名						
	住所	〒 - (- -)					
	受給者の医療保険 保険種別	協 ・ 組 ・ 船 ・ 共 ・ 国 ・ 退 ・ 国組 ・ 後高 ・ (介)					
	被保険者 氏名				受給者との続柄		
	発行 機関名			記号 番号			
③ 返納届 ※ 該当に○をつけてください。							
返納理由		治癒 ・ 死亡 ・ 県外転出 ・ 他法適用 ・ その他 () のため					
④ 上記のとおり、(変更届・返納届)を提出します。							
福岡県知事 殿		平成 年 月 日					
		〒 -					
		住所					
		届出人 氏名 印					
		受給者との続柄 ()					

- 注意 1 届出の際は、①と④を必ず記入し、特定疾患医療受給者証を添付すること。
 2 変更届提出の場合は②、返納届提出の場合は③を記入すること。
 3 氏名変更の場合は住民票を添付し、住所変更の場合は、住民票その他現住所を確認できる書類（運転免許証、健康保険証の他、公的機関が発行する書類や直近の公共料金の請求書等）を添付すること。
 4 加入医療保険変更の場合は、新しい医療保険証（健康保険証）を提示（写しを添付）すること。
 5 転出後も特定疾患医療受給者証の交付を希望する場合は、転出日の属する月の翌月末までに、転出先の都道府県に、本県で交付した特定疾患医療受給者証の写しを添えて届け出てください。

(保健所収受印)