第７号様式

特定疾患医療受給者票記載事項変更申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　給　者 | 公費負担者番号 | ５ | １ | ２ | ６ | ６ | ０ | １ | ３ | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏　　　　　名 |  | 生年月日 | 年　 月　 日 |
| 承認期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 |

変更事項に該当する行のみご記入ください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事項 | 新 | 旧 |
| フリガナ氏　　名 |  |  |
| 住　　所 | 〒　　　－電話（　　　　）　　　－ | 〒　　　－電話（　　　　）　　　－ |
| 加入医療保険（保険者名・記号・番号・被保険者氏名・受給者との続柄） |  |  |
| そ の 他(　　　　　) |  |  |
|  上記のとおり記載事項を変更したく申請します。年　　月　　日　京都府知事　様  　　　（〒 ― ） 　　 申請者 住　所 　　 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 受給者との続柄（　　　　　） 　　 電話（　　　）　　　― |

※添付書類

・受給者証

・氏名・住所変更の場合は、住民票等

・健康保険証変更の場合は、健康保険証の写し

・その他、変更事項が分かる書類