

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 () —