

特定疾患医療受給者証変更交付申請書

令和 年 月 日

兵庫県知事様

申請者

フリガナ
氏名

TEL (- -)

下記のとおり変更申請をします。

記

※ 変更前 (すべて記入)

公費負担者番号		受給者番号	
フリガナ		生年月日	大・昭 平・令 年 月 日
受給者氏名		有効期間	年 月 日 *現在有効な受給者証に対して変更申請が可能です
			～ 年 月 日

※ 変更事項 (変更事項に該当する行のみ記入)

	新	旧
住所変更	〒 - TEL (- -)	〒 - TEL (- -)
氏名変更	フリガナ	フリガナ
被保険者	フリガナ 続柄	フリガナ 続柄
加入医療保険者		
被保険者証の記号・番号		
階層区分変更	旧区分→新区分 → 新生計中心者氏名	受給者との続柄 旧生計中心者氏名
	(理由)	
医療機関変更	追加	
	削除	
期間延長	新有効期間 年 月 日 から	年 月 日
(備考)		

※ 申請上の注意

- 申請は、必ず住所地の健康福祉事務所(保健所)にて行ってください。
- 申請の際、必ず医療受給者証を添付願います。
- 医療機関追加の場合、所定の医療承諾書の添付が必要です。
- 加入医療保険者の変更に伴って自動的に生計中心者が変更されるわけではありません。生計中心者の変更により、階層区分が変更になる場合は必ず手続きして下さい。
- 詳しくは住所地の健康福祉事務所(保健所)へお尋ねください。

添付書類 非 課 高 限 後