

受給者証内容変更届

〇〇年〇〇月〇〇日

愛媛県知事 中村 時広 様

申請者が受給者と異なるときは委任状(様式任意)を添付してください。(受給者が未成年の場合を除く)。

申請者 住所 松山市一番町四丁目4番地2 氏名 愛媛 太郎 受給者との続柄 父

受給者の番号、氏名、有効期間は受給者証から転記してください。

受給者番号	* * * * *	受給者氏名	愛媛 花子
受給者証の有効期間	自〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 至〇〇年3月31日		
変更の種類	氏名、居住地、 <u>保険</u> 、医療機関	変更年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
変更事項	旧		新
	全国健康保険協会 愛媛支部 100000 111		〇〇健康保険組合 100 1111
	新旧とも保険者名と記号、番号を記入してください。		
	変更の必要が生じた日を記入してください。		
変更理由	転職のため 等 <div style="border: 2px dashed red; padding: 5px;"> 変更後の保険証のコピー及び特定疾病療養受領証のコピーを添付してください。 </div>		

注) 1 「変更の種類」欄は、該当の箇所を○でかこんでください。 2 この申請書を提出するときは、必ず受給者証を添付してください。

受給者証内容変更届

〇〇年〇〇月〇〇日

愛媛県知事 中村 時広 様

申請者が受給者と異なるときは委任状(様式任意)を添付してください。(受給者が未成年の場合を除く)。

申請者 住所 松山市一番町四丁目4番地2 氏名 愛媛 太郎 受給者との続柄 父

受給者の番号、氏名、有効期間は受給者証から転記してください。

受給者番号	* * * * *	受給者氏名	愛媛 花子
受給者証の有効期間	自〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 至〇〇年3月31日		
変更の種類	氏名、居住地、保険、 <u>医療機関</u>	変更年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
変更事項	旧	新	医療機関を利用したい最初の日を記入してください。
		〇〇大学医学部 附属病院	
	追加の場合は空欄で構いません。		
変更理由の由	利用医療機関追加のため 等		

注) 1 「変更の種類」欄は、該当の箇所を○でかこんでください。 2 この申請書を提出するときは、必ず受給者証を添付してください。