

(様式第6号)

特定疾患医療受給資格変更届出書

年 月 日

愛媛県知事様

届出者 住所

氏名

印

受給者との続柄

下記のとおり変更になりましたので届出します。

公費負担医療の 受給者番号							
氏名				生年月日	明大昭平 年 月 日		
変 更 内 容	1 氏名 2 住所 3 保険の種類 4 医療機関(追加・変更)						
	番号	新		旧		変更年月日	
						年 月 日	
						年 月 日	
						年 月 日	
備考							

- 注 1 受給者証裏面の「注意事項」に基づき提出するものです。
2 変更内容の1～4の該当する番号に○印を付けてください。
3 変更内容を証する書類(住民票(個人番号(マイナンバー)の記載のないもの)・保険証写し等)を添付してください。
4 保険の変更の場合は、所得区分の認定のための必要な書類を添付してください。
5 医療機関を追加・変更された場合は、所在地、名称を記入してください。
6 この届を提出するときは、受給者証を添付してください。