

(様式第6号)

特定疾患医療受給資格変更届出書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

愛媛県知事様

届出者 住所 松山市一番町4-4-2

氏名 愛媛太郎 印

受給者との続柄 本人

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		0	1	2	3	4	5	6
氏名	愛媛太郎	生年月日			明大(昭)平 47年4月1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		
	2	松山市一番町4-4-2		〇〇市〇〇町〇〇番地		R〇年〇月〇日		
	3	〇〇健康保険組合		〇〇市		R〇年〇月〇日		
	4	愛媛県立中央病院 (松山市)				R〇年〇月〇日		
							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。