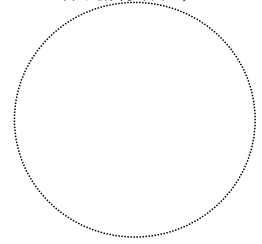


特定疾患氏名等変更届



受給者氏名				受給者番号								
変更事項 (変更箇所のみ記入)	氏名		新									
	変更年月日 (年 月 日)		旧									
	住所		新	(〒 -)								
	変更年月日 (年 月 日)		旧	(電話番号: - -)								
	加入医療保険			保険者				記号・番号				
	変更年月日 (年 月 日)		新									
		旧										
上記のとおり、変更となりましたので、届け出ます。												
年 月 日 届出者 住所 氏名 (受給者との続柄:) 島根県知事 様 電話番号 - -												

(注) ・ 交付済みの受給者証又は登録者証を添付してください。

- ・ 氏名、住所変更の場合は、住民票（戸籍謄本）の写しを添付してください。
- ・ 医療保険変更の場合は、医療保険の資格情報が確認できる資料、医療保険者へ所得区分を照会するための同意書(様式第8号)及び医療保険者が所得区分の認定を行うために必要な書類を添付してください。
- ・ 詳細は保健所へお問い合わせください。