

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証変更（追加）届

(様式5号)

受給者氏名			病名(コード)				受給者番号									
氏名変更	旧			〒											年 月 日 より変更	添付書類 1.受給者証 2.戸籍抄本の写し又はその他の の現氏名を確認できる書類
	新			TEL												
住所変更	旧											年 月 日 より変更	添付書類 1.受給者証 2.住民票の写し又はその他の 現住所を確認できる書類			
	新															
保険変更		被保険者氏名	続柄(コード)		被保険者証の記号・番号		保険種別(コード)		年 月 日 より変更	添付書類 1.受給者証 2.加入する医療保険の保険者から 交付された「資格情報のお知らせ」 の写し若しくは「資格確認書」 の写し又はマイナポータルから ダウンロードした「資格情報画面」 を印刷したもの						
	旧			1 2												
	新			1 2												
医療機関 変更 追加 変更・追加はどちらか 一方を○で囲む	旧	名称											年 月 日 変更追加 ※ — の部分は記入 しなくて結構です。	添付書類 1.受給者証		
	新	名称			(コード)											
		住所														
変更(追加)を必要とする理由																
上記のとおり届け出ます。 年 月 日 届出人 住所 氏名 続柄(受給者の) 〒 TEL 熊本県知事 様																