

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証変更届

年 月 日

神奈川県知事 殿

郵便番号

届出者 住所

(申請者) 氏名

受給者との続柄

電話

次のとおり変更したので届け出ます。

公費負担者番号	5	1	1	4	7	0	1	5	
受給者番号									
ふりがな									年 月 日生
受給者氏名									
マイナンバー									
変更内容	ふりがな	新							
	受給者氏名	旧							
	住所	新	〒						
		旧	〒						
	医療保険情報	新	保険者名称	記号・番号又は被保険者番号					
(年 月 日変更)			被保険者氏名						
旧		保険者名称	記号・番号又は被保険者番号						
			被保険者氏名						

(注)1 変更のある事項のみ記入してください。

- 2 氏名又は住所の変更の場合は、住民票の写しやマイナンバーカード等、住所が確認できる書類の写しを添付してください。
 - 3 医療保険情報の変更の場合は、次のどちらかの手順をお願いします。
 - ・マイナンバーを記載して申請する場合は、マイナンバー確認書類と本人確認書類の写しを添付してください。
 - ・マイナンバーを記載しないで申請する場合は、医療保険の資格情報が分かる書類の写しを添付してください。
- (健康保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書、マイナポータルの資格情報画面を印刷したもののいずれか1点)