

# 先天性血液凝固因子障害等医療受給者証変更届

様式5

下記のとおり変更がありましたので、大阪府知事に届け出ます。 年 月 日

受給者氏名	受給者番号								
	生年月日								

※ 受給者証は、申請者にお送りします。

申請者	氏名		受給者との続柄	
	住所	〒		
	電話番号			

※ 受給者証発行後に変更となった項目番号に○を付し、変更内容を記載してください。					添付書類
1	フリガナ 氏名	新		旧	<ul style="list-style-type: none"> <li>・氏名変更確認書類</li> <li>※住民票又は氏名が確認できる公的証明書(運転免許証、マイナンバーカード表面等)の写し</li> <li>・先に交付した先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の写し</li> </ul>
2	新住所	〒			<ul style="list-style-type: none"> <li>・先に交付した先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の写し</li> </ul>
	旧住所	〒			
3	加入医療保険	保険種別	市町村国保・国保組合・社会保険・後期高齢		<ul style="list-style-type: none"> <li>・先に交付した先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の写し</li> <li>(血友病A、B及びHIV患者のみ)</li> <li>・次のいずれか1点</li> <li>a特定疾病療養受療証の写し</li> <li>b資格確認書(特定疾病療養受療証に係る情報が記載されたものに限る。)の写し</li> <li>cマイナポータル上の特定疾病療養受療証に係る情報が表示された画面の写し</li> </ul>
		保険者名称(保険者番号)	( )		
		被保険者または世帯主			
		記号・番号			

受付日	年 月 日	確認者	
			大阪府受付印
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		