

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	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"> ・氏名変更確認書類 ※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 ・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 	
		住所	〒		電話 ()		
2	住所	〒		電話 ()			
	住所	〒		電話 ()			
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"> ・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 (血友病A、B及びHIV患者のみ) ・次のいずれか1点 a特定疾病療養受療証の写し 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 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
		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	