様式第17号

特定疾患医療受給者証変更届出書

令和　　年　　月　　日

山 口 県 知 事　 様

申請者（申出者）

住所　　　〒

TEL（　　）　　－

氏名

患者との続柄（　　　　）

このことについて、下記のとおり変更しますので届け出ます。

記

ふりがな 患者氏名		受給者番号 (県外からの転入は不要)							
住　　所	〒 TEL（　　）　　－								
医療機関									

変更項目（あてはまるもの全てに○印をつけてください）
1 氏名　2 住所（県内転居・県外からの転入）　3 医療保険の種別　4 被保険者証等の記号・番号 5 生計中心者　6 所得に関する状況　7 その他（　　　　　　　　）

変更内容（あてはまるもの全てについて記入してください）			
旧 （変更前）			
新 （変更後）			
変更年月日	年　　月　　日	備　考	
		変更発行の要否 （※保健所記入欄）	要 ・ 不要

※添付書類

①県外からの転入の場合は、交付されている受給者証又は登録者証の写し、被保険者証又は組合員証の写し及び住民票の写し（受給者の転入日が記載されているもの）を添付する。

②所得に関する状況が変更となる場合には、必要書類（世帯全員の住民票の写し、所得に関する状況が確認できる書類）を添付する。なお、原則として、受給者証の有効期間中においては、結婚、就労等による生計中心者の変更は必要ない。