

特定疾患医療受給資格変更申請書												
和歌山県知事 様						年	月	日				
申請者 住所				〒								
氏名												
TEL. ( ) -												
受給者との続柄												
特定疾患医療受給資格を下記のとおり変更します。												
受給者	氏名					生年月日	年	月	日			
	住所	〒				TEL.	-	( )	-			
受給者番号												
有効期間		年 月 日			～	年 月 日						
変更内容	1 氏名		2 住所		3 保険		4 転院		5 医療機関の追加		6 限度額	
	新											
	旧・現											
	変更の必要が生じた日					年 月 日						
備考												

- (注) 1 変更内容の1～6の該当する番号に○をつけてください。
- 2 変更内容の記入事項
- (1) 氏名 新・旧氏名
  - (2) 住所 新郵便番号・住所・電話番号及び旧住所
  - (3) 保険 新保険証発行機関名称・保険者番号・被保険者氏名、住所・患者との続柄及び旧保険証発行機関名称
  - (4) 転院
 

}	新 : 新しい医療機関名、所在地、電話番号等 旧・現 : 転院の場合は変更する医療機関名。
---	--
  - (5) 医療機関の追加
 

}	追加の場合は承認されているすべての医療機関名。
---	-------------------------

 ※なお、新しい医療機関の認定開始日は、保健所受付日より3か月以内の日からとなりますのでご注意ください。
  - (6) 限度額 申請の理由を簡単に記載してください。  
 ※変更の程度が著しい場合で、その理由が妥当であると認められる場合に変更されることがあります。変更については、保健所受付日の翌月からとなります。
- 3 添付書類  
 変更内容(1)～(3)は、健康保険証等写し(表裏)  
 変更内容(1)、(2)、(4)は、受給者証  
 変更内容(6)は、保険世帯員の課税証明等

保健所		本 庁	
受 付 印		受 付 印	