

別記第6号様式（第12条関係）

特定疾患医療受給資格変更申請書 年 月 日 和歌山県知事 様 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						
	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1～5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。  
 3 添付書類（受給者証と下記書類）  
 変更内容（1）住民票または氏名の確認できる書類  
 変更内容（2）住民票または住所の確認できる書類  
 変更内容（3）健康保険証等写し（保健所で複写します。）  
 高額療養費保険者認定区分照会同意書

保 健 所		本 庁	
受 付 印		受 付 印	