

鹿兒島県知事 殿

年 月 日

申請者 住 所
氏 名
受給者との続柄
電話番号

ふ り が な 氏 名				受給者 番 号							-
変 更 年 月 日		年 月 日									
変 更 内 容	ふ り が な 氏 名										
	住 所		(〒 -) TEL () -								
	医療 保 険	保 險 種 別	協 組 船 共 国 退 後			被保険者氏名					
		保 険 者 コード				受給者との続柄		1 本人 ・ 2 家族			
		記 号				番 号					
		保 險 者 名				所 在 地					
	医療 機 関	事 項	1 変更	名称			医療機関 コ ド				
2 追加											
	所 在 地	〒 - Tel () -									
変更(追加)理由											

- 1 「変更内容」については、今回申請する変更事項のみ記入してください。
- 2 (必要書類)
- ・ 氏名変更・・・戸籍抄本、受給者証
 - ・ 住所変更・・・住民票、受給者証
 - ・ 医療保険変更・・・医療保険の加入状況が確認できる書類、受給者証、血友病A・Bの方は特定疾病療養受領証の資格が確認できる書類
 - ・ 医療機関変更・・・受給者証