

特定疾患認定申請書記載事項変更届

平成 年 月 日

岐阜県知事様

(〒 -)

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

電話番号 _____ - _____

次のとおり変更になりましたのでお届けします。

対象患者	受給者番号						
	住所						
	氏名				性別	男・女	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成			年	月	日
変更事項	住所	(〒 -)		(電話 - -)			
	フリガナ						
	氏名						
	保険区分	1 社保本人 (政府・組合・船員) 2 社保家族 (共済・その他)		3 国保(一般) 4 国保(退職者本人)		5 国保(退職者家族) 6 老保	
	住所	(〒 -) (電話 - -)					
	生計中心者	氏名					
		受給者との続柄					
	税額				自己負担限度コード	⋮	
	変更年月日	平成		年	月	日	

經由保健所名			
保健所			本課
收受印			收受印

印は記入しないでください。