

遷延性意識障害者医療費受給者証記載事項等変更届

対象患者	氏名				受給者番号					
	性別	男・女	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日	生		

変更事項	氏名 変更年月日 (年月日)	新	ふりがな
		旧	ふりがな
	住所等 変更年月日 (年月日)	新	(〒 -) (電話番号: - -)
		旧	(〒 -) (電話番号: - -)
	加入医療保険 変更年月日 (年月日)	新	
		旧	
受療医療機関 変更年月日 (年月日)	新	名称 所在地	
	旧	名称 所在地	

上記のとおり、遷延性意識障害者医療費受給者証の記載事項に変更が生じたので届出ます。

年 月 日
届出者 住所 (〒 -)
氏名 印
(自署の場合は押印不要)
対象患者との続柄 ()
電話番号 (- -)
長野県 保健所長 様

保健所收受印欄

- (注) 1 氏名、住所及び加入医療保険の変更の場合は、交付済み受給者証を必ず添付してください。
2 氏名及び住所の変更の場合は、対象患者の住民票を添付してください。
3 氏名の変更について、対象患者の住民票で変更前の氏名が確認できない場合は、変更前の氏名と変更後の氏名の両方が確認できる公的機関の発行書類(運転免許証等)の写しもあわせて添付してください。なお、運転免許証については、訂正事項が記載されている裏面の写しも添付してください。
4 加入医療保険の変更の場合は、被保険者証(保険証)の写し、加入医療保険者への所得区分の照会に関する同意書及び加入医療保険者が所得区分の認定を行うために必要な書類を添付してください。