

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						
	生年月日	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							
	個人番号 変更年月日 (年 月 日)	新								
		旧								

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	保健所收受印欄
届出者 住所 (〒 -)	
氏名	
対象患者との続柄 () 電話番号 (- -)	
長野県 保健所長 様	

- (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、医療保険の資格情報が確認できる資料を添付してください。

保健 所記 入欄	申請者の	1つで可	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> その他()
	本人確認	2つ以上	<input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> 所得・課税証明書	<input type="checkbox"/> 介護保険証	<input type="checkbox"/> その他()
	受診者等の番号確認		<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 住民票(個人番号付き)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> その他()