

様式 4 号

年 月 日

山形県知事 殿

(申請者) 住所

氏名

(受給者との続柄:)

電話番号

特定疾患治療研究にかかる変更届

受給者番号								受給者氏名	
-------	--	--	--	--	--	--	--	-------	--

変更事項 (該当する番号に○をつけてください)

- | | | | |
|-------|---------|----------|----------|
| 1 氏 名 | 2 住 所 | 3 加入医療保険 | 4 受診医療機関 |
| 5 治 癒 | 6 県外へ転出 | 7 死 亡 | 8 その他 |

変更年月日(年 月 日 ~)

※下記は、変更項目についてのみ記入してください。

ふりがな				
氏 名				
住 所	〒 ー 山形県 電話番号 ()			
加入医療保険	保 険 種 別	全国健康保険協会・健康保険組合・共済組合・国民健康保険・ 国民健康保険組合・後期高齢者医療広域連合・生活保護・その他 ()		
	記号・番号・枝番		保険者の名称	
受診医療機関	名称			

- (注) 1 特定疾患医療受給者証を添付してください。
- 2 変更事項が 1 及び 2 の場合は住民票を添付してください。
- 3 変更事項が 3 の場合は①医療保険情報確認書類②被保険者の住民税額確認書類等を添付してください。また、被保険者が共済組合加入者(私学共済は除く)で市町村民税が非課税の場合は、様式 7 号「同意書」の提出をお願いします。
- 4 届出は、速やかに(変更が生じてから概ね 2 ヶ月以内に)提出してください。