様式第６号

保健所
受付印

特定疾患医療券に係る変更届

受診者番号		現在お持ちの医療券	１．重症・一般（赤色）２．一般（青色）

変更する項目に〇印を付け、変更後の内容を記入してください

ふりがな 氏名				
住所	〒 （電話　　－　　－　　）			
加入保険	保険種類	政管･組合･船員･共済･国保･国保（退職）・国組・日雇・後期・他（　　）		
	被保険者氏名	（受診者との続柄　　）		
	発行機関名称		保険者番号	
追加・削除する医療機関	所在地			下記のいずれかに印
	名称			追加・削除
	所在地			下記のいずれかに印
	名称			追加・削除
	所在地			下記のいずれかに印
	名称			追加・削除
	理由			

変更日　　年　　月　　日

医療券の送付先（申請者住所と異なる場合にご記入ください。）

上記のとおり、変更しましたので届出ます。
令和　　年　　月　　日

〒
申請者　住　所
氏　名　　（受診者との続柄　　）
石川県知事　様　　（電話　　－　　－　　）

〈添付書類〉
- □　現在お持ちの医療券
- □　住所、氏名、保険等の変更内容を証明する書類（保険証、住民票、運転免許証など）

〈注意事項〉
※　住所、加入保険については、写しの添付がある場合、その内容についての記載は不要です。