保健所
受付印

様式第６号

先天性血液凝固因子障害等医療券にかかる（住所・氏名・保険・医療機関）変更申請書

受診者番号			変更日	年　月　日	
受診者	ふりがな 氏名	（生年月日　大・昭・平・令　年　月　日）		現在の状況	1．在　宅 a　就　労 b　就　学 c　家庭内の生活自立 d　その他 2．入　院
	住所	〒　－ 市 町 （電話　－　－　）			
	加入保険	保険の種類	協・組・船・共・国・後	被保険者証の記号番号	
		被保険者氏名	（受診者との続柄　）		
		発行機関名称		保険者番号	
利用する医療機関	所在地				
	名称		診療科名		
	所在地				
	名称		診療科名		
	所在地				
	名称		診療科名		

上記のとおり、先天性血液凝固因子障害等医療券の記載内容を変更したいので、関係書類を添えて申請します。

令和　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。）

（　　）

〒　－

申請者　住　所

氏　名　（受診者との続柄　）

石川県知事　殿　（電話　－　－　）

〈添付書類〉

□　住所・氏名・保険の変更の場合は、変更内容が確認できる書類

□　既に交付されている医療券（保険変更のみの場合は不要）

〈申請に当たっての注意事項〉

※１　アパート、マンションの名称、棟番号、部屋番号まで記入してください。

※２　保険証の写しの添付がある場合は、「加入保険」欄については、記入を省略できます。