

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	男・女 (生年月日 大・昭・平・令 年 月 日)		現在の 状況	1. 在宅労働 a 就学 b 家庭内の生活自立 c その他 d 入院 2. 入院	
	住所	〒 _____ 市町 _____ (電話 _____)				
	加入 保険	保険の種類	協・組・船・共・国・国(退職)・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。				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。）		
令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日				（ _____ ）		
〒 _____ 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。