

# 医療受給者証変更届

年 月 日

岡山県知事

殿

〒 -

(届出者) 住 所

氏 名

続 柄

電話番号 ( ) -

岡山県特定疾患治療研究事業実施要綱第19条の規定により次のとおり届け出ます。

ふりがな 受給者名 氏		受給者 番号					
変更事項	住 所	氏 名	加入医療保険				
変 更 前	( 〒 - )						
変 更 後	( 〒 - )						
変更年月日	年 月 日						
変更の理由							

(注意事項)

- 1 医療受給者証を添付してください。
- 2 変更の内容が確認できる書類の写しを添付してください。
- 3 加入医療保険の変更の場合は、同意書を添付してください。