

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と変更届

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	〒 山形県 電話番号 ()		
加入医療保険	保険種別	健保協会・組合・共済 国保(一般・退職・組合)・後期・その他()	
	本人・家族別	本人・家族	記号番号
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健康保険証の写し②被保険者の住民税額確認書類等を添付してください(裏面参照)。様式7号「同意書」が未提出の場合は、併せて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。

保健所記入欄	同意書	あり・なし	県記入欄	所得区分	アイウエオ I II III IV V VI
--------	-----	-------	------	------	---------------------------

被保険者の住民税額等確認書類について（添付書類）

医療受給者証に高額療養費の所得区分を記載する必要があります。そのため、下記の説明をご覧ください。必要書類を添付してください。

患者本人が加入している医療保険の種類によって提出書類が違います。下記により確認してください。

※被保険者とは、患者本人が加入している医療保険の保険料を納めている方です。

