（様式第２号）

先天性血液凝固因子障害等医療
受給者証変更（追加）交付申請書

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の交付を受けましたが、その一部を変更（追加）したいので、以下のとおり申請します。

年　　月　　日

佐賀県知事　様

受給者番号					
申請者	住所	〒　－ TEL（　　）　－			
	氏名		受給者との続柄		
事項		変更前	変更（追加）後		
受給者	住所				
	氏名				
	個人番号				
医療機関	所在地	TEL（　　）　－	TEL（　　）　－		
	名称				
保険証	被保険者氏名（続柄）	（　　）	（　　）		
	保険種別	協・組・船・共・国・後・（　　）	協・組・船・共・国・後・（　　）		
変更（追加）の理由	年　月　日から	1　受給者の住所・氏名・個人番号 2　受療医療機関　を変更（追加）したため。 3　保険証 4　その他（　　）			
	医療機関の変更（追加）の場合は、理由を記入してください。				

※記入もれのないよう注意してください。
お預かりした個人情報は、先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の交付に関する事務においてのみ使用し、御本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。