

特定疾患医療受給者証（変更・返納届）

① 受給者	氏 名		生 年 月 日	年 月 日			
	受給者番号		受給者証の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで			
事実発生年月日 届出理由の生じた日		年 月 日					
② 変 更 届 ※ 該当に○をつけてください。							
変 更 事 項		氏 名 ・ 住 所 ・ 加入保険 ・ 送付先の変更					
変更後の内容を記載	受給者	フリガナ氏 名					
		住 所	〒 ー 〇 (ー ー)				
	受給者の医療保険	保険種別	協 ・ 組 ・ 船 ・ 共 ・ 国 ・ 退 ・ 国組 ・ 後高 ・ (介)				
		被保険者氏 名			受給者との続柄		
		保険者名			記号 番号		
		所 在 地					
③ 返 納 届 ※ 該当に○をつけてください。							
返 納 理 由		治癒 ・ 死亡 ・ 県外転出 ・ 他法適用 ・ その他 () のため					
④ 上記のとおり、(変更届・返納届)を提出します。							
福 岡 県 知 事 殿 年 月 日							
〒 ー 〇 住 所							
届出人 氏 名 印							
(自署する場合は、押印を省略することができます)							
受給者との続柄 ()							

注意 1 届出の際は、①と④を必ず記入し、特定疾患医療受給者証を添付すること。
2 変更届提出の場合は②、返納届提出の場合は③を記入すること。
3 氏名変更の場合は住民票の写しを添付し、住所変更の場合は、住民票その他の現住所を確認できる書類の写しを添付すること。
4 転出後も特定疾患医療受給者証の交付を希望する場合は、転出日の属する月の翌月末までに、転出先の都道府県に、本県で交付した特定疾患医療受給者証の写しを添えて届け出てください。

(保健所收受印)