

受給者証内容変更届

年 月 日

愛媛県知事 中村 時広 様

申請者が受給者と異なるときは別途委任状が必要になりますので、ホームページから出力お願いします。

受給者番号、受給者氏名、受給者証の有効期限は受給者証から転記してください。

申請者
 住所 松山市一番町四丁目4番地2
 氏名 愛媛 花子
 受給者との続柄 母

受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	受給者氏名	愛媛 太郎	
受給者証の有効期間	自〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 至〇〇年〇〇月〇〇日									
変更の種類	氏名・居住地			<input checked="" type="radio"/> 保険			医療機関		変更年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
変更事項	旧					新				
	全国健康保険協会 愛媛支部 123456 789					松山市国保 123 4567				
	<p>★保険変更の場合、新旧とも記号・番号を記入してください。</p> <p>★医療機関の変更で、ただ追加するだけの場合は、「旧」欄は空欄で構いません。</p>									

切り替わりが生じた変更日を記入してください。

- 注) 1 「変更の種類」欄は、該当の箇所を○でかこんでください。
 2 この申請書を提出するときは、必ず受給者証を添付してください。