

先天性血液凝固因子障害等医療給付承認内容変更（追加）申請書

令和 年 月 日

群馬県知事

あて

申請者 住所

氏名

(受給者との続柄 )

(電話 )

次のとおり、変更（追加）がありましたので届け出します。

受給者番号				受給者氏名		
変更年月日		令和 年 月 日から変更・追加				
変更事項		変更前		変更後		
1	ふりがな					
	氏名					
2	住所			(郵便番号 - )		
3	加入保険	種別：協・組・共・国・後・介 その他 ( )		種別：協・組・共・国・後・介 その他 ( ) 記号番号：		
4	医療 名称	①				
		②				
		③				
		④				
	機 関 所 在 地	①				
		②				
		③				
		④				

- 注意事項 ① 変更事項 1～4 の該当する番号に○をつけてください。  
 ② 変更事項が 1、2 の場合は住民票（個人番号の記載がないものに限る）又は住所が確認出来る健康保険証等の写し、3 の場合は健康保険証の写しを添付してください。  
 ③ 医療機関の追加の場合は、既に承認されているものも記載してください。