

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	加入医療保険		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）又はその他の現住所を確認できる書類、3 の場合は医療保険の資格情報が確認できる書類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。