

特定医療費受給者証記載事項(住所・氏名)変更届

公費負担医療の 受給者番号		受給者氏名	
変更内容	1 住所	2 氏名	

1 住所の変更

(「現住所」は住民票のとおり正確に記入すること)

変更年月日	年 月 日
-------	-------

元住所			
現住所	〒	—	電話

2 氏名の変更

変更年月日	年 月 日
-------	-------

ふりがな 新氏名			
-------------	--	--	--

上記のとおり届出します。

年 月 日

〒□□□□—□□□□□

住 所

届出者 氏 名
(送付先)

受給者との続柄
電 話

— —

新潟県知事 様

(注) 氏名又は住所の変更の場合は、住民票等の写し及び受給者証を添付してください。