

平成 年 月 日

山形県知事 殿

保護者名 印

小児慢性特定疾患治療研究事業に係る変更届

変更事項

- 1 受給者住所    2 受給者氏名    3 保護者住所    4 保護者氏名    5 加入保険  
6 県外へ転出    7 治癒    8 死亡    9 終了基準該当    10 その他

受給者番号		受給者氏名	
-------	--	-------	--

変更前

受給者	住所	〒		
	ふりがな氏名			
保護者	住所	〒		電話番号
	氏名			受給者との続柄
加入保険	政・組・船・共・国・その他 ( )		被保険者証の記号・番号	
被保険者氏名			受給者との続柄	
医療機関名				

変更後 (変更年月日 年 月 日)

受給者	住所	〒		
	ふりがな氏名			
保護者	住所	〒		電話番号
	氏名			受給者との続柄
加入保険	政・組・船・共・国・その他 ( )		被保険者証の記号・番号	
被保険者氏名			受給者との続柄	
医療機関名				

- (注) 1 受給者証を添付のうえ提出してください (変更事項が5の場合を除く)。  
2 変更事項が1~4の場合は住民票等変更事項が確認できる書類の写し、5の場合は健康保険被保険者証の写しを添付してください。  
3 変更事項のみ記入してください。