別記様式第６号

特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届

受診者	フリガナ		年齢	歳	生年月日
	氏名				大正 昭和 平成 令和　年　月　日
	フリガナ				
	住所	〒			
届出者	フリガナ		受診者との関係		
	氏名				
	フリガナ				
	住所 （受診者と異なる場合に記入）	〒			
受給者番号					

変更のある事項に☒	事項		変更前	変更後
	□	受診者に関する事項（氏名・住所・電話番号）		
	□	保護者に関する事項（氏名・住所・電話番号）		
	□	被保険者証に関する事項（記号及び番号・保険者名・保険者所在地・受診者と同一の加入者）		
	□	その他の事項		
備考				

私は、特定医療費支給認定申請書及び特定医療費受給者証に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。

届出者氏名

令和　　年　　月　　日

秋田県知事　　あて