様式３　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2025.1

先天性血液凝固因子障害等医療受給資格変更申請書

年　　　月　　　日

　広 島 県 知 事　様

住　　所

氏　　名

電話番号

　次のとおり変更がありましたので申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  | |  |  |  |  | 受給者氏名 | |  |
| 変更年月日 | 年　　　　月　　　日から変更 | | | | | | | | | | |
| 変更事項等 | 変更前 | | | | | | | | | 変更後 | |
| □ 氏　　名  □ 住　　所  □ 電話番号  □ 加入保険  □ そ の 他  （該当事項に☑） |  | | | | | | | | |  | |
| □ 医療機関  □ 変 更  □ 追 加 | 名称 | | |  | | | | | | | |
| 所在地 | | |  | | | | | | | |
| 備　　　考 |  | | | | | | | | | | |

【添付等】

１　氏名や住所の変更

変更内容が確認できる公的書類。（変更後の運転免許証の両面コピー、住民票など）

２　加入する医療保険の変更

ア　全員：医療保険の情報を確認できる書類のコピー

イ　血友病A、血友病B、血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV患者の方のみ、次の書類を追加

　　　　　　・特定疾病療養受療証の情報を確認できる書類のコピー

３　医療機関の追加・変更

既に承認されている医療機関名を、備考欄へ記入してください。