

様式第5

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証  
交付申請書記載事項変更届

年 月 日

岐阜県知事 様

申請者 氏  
住所 (電話 )

氏名

次のとおり変更になりましたのでお届けします。

対象患者	受給者番号	
	住所	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
変更事項	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	保険区分	
	変更年月日	

保健所 收受印		本課 收受印	
------------	--	-----------	--