

様式第4号（第8条関係）

受給者証記載事項変更届

年 月 日

宮城県知事 殿

届出者住所

届出者氏名

受給者との続柄

先天性血液凝固因子障害等に係る医療費用交付規則第8条の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。

記

受給者番号								病名		
受給者氏名							性別	男・女		
受診医療機関										
受給者証の有効期間	年	月	日から	年	月	日まで	交付年月日	年	月	日
変更事由	住所・氏名 医療保険					変更年月日	年	月	日	
変更前										
変更後										
理由										

(注) 受給者証を必ず添付してください。