第７号様式

特定疾患医療受給者票記載事項変更申請書

受給者	公費負担者番号	5 1 2 6	受給者番号	
	氏　　名		生年月日	年　月　日
	承認期間	年　月　日 ～	年　月　日	

変更事項に該当する行のみご記入ください

変更事項	新	旧
フリガナ 氏　名		
住　所	〒　－ 電話（　　）　－	〒　－ 電話（　　）　－
健康保険証 （保険者名・記号・番号・被保険者氏名・受給者との続柄）		
その他 （　　）		

上記のとおり記載事項を変更したく申請します。

年　月　日

京都府知事　様

（〒　―　）

申請者　住　所

氏　名　　㊞

（自署及び記名押印）

受給者との続柄（　　）

電話（　　）　―