

指定難病医療受給者証等 送付先変更届

受給者	フリガナ		受給者番号				
	氏 名						

届出の区分	<input type="checkbox"/> 初回登録 <input type="checkbox"/> 登録変更 <input type="checkbox"/> 送付先の取消					
送付先を変更する理由						
送付先	フリガナ				受給者との続柄	
	宛 名 ○○様方				電話番号	
	郵便番号 ・ 住所	〒				
※宛先は「○○様方（送付先）△△様（受給者）様」となります。					<input type="checkbox"/> 宛名の受給者氏名の表記を希望しない 「○○様（送付先宛名）」	

届出者氏名 印 （受給者との続柄： ） 届出者連絡先（電話番号） <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 年 月 日 </div>	(受付印)
--	-------

※ 届出者氏名については、届出者の自署の場合は、押印不要。
 ※ 届出者が送付先と同じ場合は、届出者欄の「受給者との続柄」及び「届出者連絡先」は同上可。

事務処理欄	
備考	入力確認