

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「 <u>○○様方（送付先） △△様（受給者） 様</u> 」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 （受給者との続柄： ） 届出者連絡先（電話番号） <div style="text-align: center;"> 年 月 日 </div>	(受付印)
---	-------

※ 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」は同上と記載可。	
事務処理欄	
備考	入力確認