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		☐ 初回登録　☐ 登録変更　☐ 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 〇〇様方		電話番号	
	郵便番号 ・ 住所	〒		

※宛先は「〇〇様方（送付先）△△様（受給者）様」となります。	☐ 宛名の受給者氏名の表記を希望しない 「〇〇様（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） 年　　月　　日	（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