

特定疾病療養受療証送付先変更依頼書(医療機関・施設用)

令和 年 月 日

申請者	住所	電話番号		
	氏名		続柄	
転送先施設	住所	電話番号		
	名称		担当者	
	理由			

- * 保険証のコピーを添付してください。
- * 申請について、ご本人またはご家族へのご説明をお願いいたします。
- * 証が届く前に、上記申請内容に変更があった場合は速やかにご連絡ください。
- * 転送先宛の返信用封筒の同封をお願いします。

● 証受け取り確認欄(緊急時のみ)

受取日	令和 年 月 日	担当者(受取)署名	
-----	----------	-----------	--

※この変更依頼によって送付先が変更されるのは今回の証の送付のみになります。