

同年月日 令和 年 月 日 決裁年月日 令和 年 月 日

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

変更前	変更後
標準報酬月額	
千円	千円
自己負担限度額	
万円	万円

※太枠内は健保で記入します。

被保険者等記号・番号の変更に伴う特定疾病療養受療証の変更願

下記のとおり被保険者等記号・番号が変更になりましたので、特定疾病療養受療証を変更していただきたくお願いいたします。

記

旧記号. _____

旧番号. _____

新記号. _____

新番号. _____

※記号・番号がわからない場合は以下にマイナンバーをご記入ください

マイナンバー _____ - _____ - _____

記入日 令和 年 月 日

氏名 _____

生年月日 _____

住所 _____

～受療証の発行のついて～

マイナ保険証を利用されている方には受療証は発行されません。事務処理が完了次第特定疾病の情報が反映されます。

資格確認書をお持ちの方には「特定疾病療養受療証」を発行します。