

この用紙は、**健康保険証が変更となった方**に提出していただくものです。対象となる方は、以下に必要な事項を記入してください。

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

## 健康保険証変更届兼同意書

	変更前	変更後
保険者名		
記号・番号		
被保険者名		

### <同意書> こちらにも必ず記入してください。

特定疾患治療研究事業に係る医療の給付及び難病の患者に対する医療等に関する法律に規定する特定医療費の支給を受けるに当たり、必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、埼玉県が私の加入する医療保険者に情報を提供するとともに、報告を求めることに同意します。

(宛先) 埼玉県知事

令和 年 月 日

様

医療保険者

受給者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

被保険者 (受給者の方が被保険者の場合は、記名をしなくて結構です。)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

法定代理人 (受給者の方が未成年の場合は必ず親権者の方が記名してください。)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(本人との続柄: \_\_\_\_\_)