

特定疾患医療受給者転入届

平成 年 月 日

島根県知事様

届出者

住所

氏名

印

電話番号

次のとおり転入しましたので、届け出ます。

フリガナ 患者氏名		性別	男・女
生年月日	明大昭平 年 月 日		
住所	〒 - (電話 - -) 島根県		
転入年月日	平成 年 月 日		
※以下受給者のみ記入			
転入前の 受給者番号		転入前の 患者区分	一般・重症
加入医療保険	協会健保 健組 国保 退職国保 国組 共済 船員 後期高齢		
	保険証発行 機関名		被保険者名
病名			
医療機関名			
備考			

- | | |
|------|------------------------|
| 添付書類 | 1 転入前に交付されていた受給者証の写し |
| | 2 住民票の写し |
| | 3 医療保険証の写し (受給者のみ) |
| | 4 同意書 (様式第12号) (受給者のみ) |

