

肝炎治療受給者証記載事項等変更申請（届出）書

年 月 日

島根県知事

様

〒
申請者 住 所

氏 名

T E L - () -

受給者との続柄

肝炎治療受給者証記載事項等を下記のとおり変更します。

受給者	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日
	住 所	〒		TEL	- () -
受給者番号					
有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
変更内容	1.住所 2.氏名 3.転院 4.医療機関等の追加 5.限度額 6.保険				
	新				
	旧・現				
変更の必要が生じた日		年 月 日			
備考					

(注意事項)

- 1 変更内容の1～6の該当する番号に○をつけてください。
- 2 変更内容に応じて、次の書類を添付してください。

【住所、氏名】現在お持ちの受給者証、住民票の写し
【転院、医療機関等の追加】現在お持ちの受給者証
【限度額】現在お持ちの受給者証、世帯の所得の状況が著しく変更した場合及び災害等に罹災された場合等その状況を証明する書類
【保険】健康保険証等の写し

- 3 新しい医療機関等の認定開始日は、原則、保健所受付日以降となります。
- 4 限度額の変更の場合、申請の理由を簡単に記載してください。
※その理由が妥当であると認められる場合に変更されることがあります。
変更については、原則、保健所受付日の翌月からとなります。
- 5 申請者氏名欄は、署名してください。

保 健 所		本 庁	
受 付 印		受 付 印	