

肝炎治療受給者証にかかる変更届

受給者	受給者番号						
変更する項目		変 更 前			変 更 後		
ふりがな 氏 名							
		* 氏名に変更がない場合も必ず記入					
住 所		〒			〒		
		(電話 — —)			(電話 — —)		
被保険者等氏名 (受給者との続柄)		()			()		
加 入 医 療 保 険		保 険 等 種 別			保 険 等 種 別		
		組合・共済・国保・退職国保・国組・後期・協会けんぽ			組合・共済・国保・退職国保・国組・後期・協会けんぽ		
被保険者証の 記号番号							
保 険 者 番 号							
被 保 険 者 証 発 行 機 関 名							
その他							
変 更 年 月 日		年			月		日 から
<p>上記のとおり、肝炎治療受給者証にかかる変更を届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者住所</p> <p style="text-align: right;">氏名 (本人との続柄)</p> <p style="text-align: right;">(電話 — —)</p> <p>滋 賀 県 知 事 様</p>							

(注) 1 住所または氏名変更の場合は、肝炎治療受給者証を添付してください。

2 氏名を除き変更項目のみを記入してください。

保健所受付印