

## 肝炎治療受給者転入届

受給者	転入前 受給者番号						
	ふりがな 氏名				生年月日	年 月 日	
					性別		
	転入前 住所	〒					
	転入後 住所	〒 滋賀県					
	疾患名	・慢性肝炎（ B型 ・ C型 ） ・代償性肝硬変（ B型 ・ C型 ） ・非代償性肝硬変（ B型 ）					
	自己負担 限度額	円					
	転入年月日	年 月 日					
	加入 医療 保険	被保険者等氏名				受給者との続柄	
		保険等種別	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							
被保険者証発行機関名					保険者番号		
医療 機関	1	名称					
		所在地					
	2	名称					
		所在地					
	3	名称					
		所在地					

上記のとおり、滋賀県に転入したことを届け出ます。

年 月 日

届出者住所

氏名

(本人との続柄 )

(電話 — — )

滋 賀 県 知 事 様

注1) 転入前の都道府県で交付されていた肝炎治療受給者証の写しを添付してください。

注2) 肝炎治療受給者証の有効期間が過ぎている場合は、認められません。

注3) 転入日の分かる書類を添付してください。(住民票、運転免許証の写し等)

保健所受付印