

肝 炎 治 療 受 給 者 証
記 載 事 項 変 更 届

年 月 日

三 重 県 知 事 あて

届 出 者

〒 ー

住所 三重県

氏名

連絡先電話番号 ー ー

(受給者との続柄) ー

次のとおり変更(追加)になりましたので届けます。

受給者	受給者番号		
	氏名		
変更事項	1 姓 名(注1)	変更前	
	2 住 所(注2)		
	3 保険医療機関の変更(注3)		
	4 保険医療機関の追加(注4)	変更後	
	5 自己負担限度額(注5)		
	6		
変更年月日		年 月 日	
変更理由			受付欄

(注)

1. 姓名変更の場合は、戸籍抄本と発行済みの受給者証を添付してください。

2. 住所変更の場合は、住民票と発行済みの受給者証を添付してください。

3. 保険医療機関の変更の場合は、変更理由を記載し、発行済みの受給者証を添付してください。

4. 保険医療機関の追加の場合は、医師の追加意見書と交付済みの受給者証を添付してください。

5. 自己負担限度額変更の場合は、世帯の構成員の変更の場合は、世帯全員が記載された住民票と交付済みの受給者証を添付してください。世帯の市町村民税課税額の変更の場合は、世帯全員の市町村民税が記載された課税証明書と交付済みの受給者証を添付してください。