

肝炎治療受給者証 記載事項変更届

年 月 日

三重県知事 へ

届出者

〒 _____

住所 三重県 _____

氏名 _____

連絡先電話番号 _____

(受給者との続柄) _____

次のとおり変更(追加)になりましたので届けます。また、変更届に記載した内容については、事実と相違ありません。

受給者	受給者番号													
	氏名											<input type="checkbox"/> 情報連携する(注6) <input type="checkbox"/> 情報連携しない		
	個人番号 <input type="checkbox"/> 提供済みの個人番号と同じ													
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 (その他の変更事項)													
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。
6. 該当者全員の個人番号を記載し、「情報連携する」にチェックすることで、市町村民税所得課税証明書、医療保険の資格情報が確認できる資料の提出を省略できます。

「自己負担限度額変更」の場合は裏面も記載してください

(裏面) ○世帯員調査書

下記の者が、私(申請者)が属する住民票上の同一世帯員です。

※1 「個人番号による情報連携を希望しない」場合には、個人番号の記入は不要です。

※2 年末調整や確定申告をした方も申告「有」に該当します。なお、申告が必要なのは世帯員のうち市町村民税所得課税証明書の提出が必要な方(個人番号を提出することにより市町村民税所得課税証明書を省略できる方を含む)です。

※3 記入する住所所在地…1月から6月の申請一前年の1月1日在住の市区町村
7月から12月の申請一当年の1月1日在住の市区町村

世帯員氏名	受診者との続柄	年齢	医療保険の種類(該当するものに○)	市町村民税の申告(※2)	1月1日現在の住所所在地(※3)(現住所と異なる場合のみ記入)	保健所使用欄 課税年額
受給者本人			・協会・組合・共済 ・国保・後期・ その他()	有・無	都道府県 市区町村	
			・協会・組合・共済 ・国保・後期・ その他()	有・無	都道府県 市区町村	
			・協会・組合・共済 ・国保・後期・ その他()	有・無	都道府県 市区町村	
			・協会・組合・共済 ・国保・後期・ その他()	有・無	都道府県 市区町村	
			・協会・組合・共済 ・国保・後期・ その他()	有・無	都道府県 市区町村	
			・協会・組合・共済 ・国保・後期・ その他()	有・無	都道府県 市区町村	
			・協会・組合・共済 ・国保・後期・ その他()	有・無	都道府県 市区町村	
合計課税年額						

地方税関係情報の照会に係る同意署名欄(※4)

下記の者は三重県が「三重県肝炎治療特別促進事業実施要綱」に基づく事務手続を処理するために限って直近年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

受療者(申請者)	氏名(自署)
申請者との続柄 ()	氏名(自署)

同意する者自らが署名を行うこと。ただし、15歳以下の者の同意(自署)については、代筆可能です。

※4 「個人番号による情報連携(市町村民税所得課税証明書の提出省略)を希望しない」場合には、記入不要です。

保健所記入欄		保健所使用欄	
○扶養対象者の申告	○除外申請	<個人番号確認> <input type="checkbox"/> 確認者 来庁者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 番号確認(申請者) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 身元確認(来庁者) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他()	
1 あり	1 あり	<医療保険の資格情報確認> <input type="checkbox"/> マイナポータル「資格情報画面」 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書	
2 なし	2 なし		
決定階層			