

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 — —)			
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				組合・共済・国保・退職国保・国組・後期・協会けんぽ			
	記 号 ・ 番 号								
	保 険 者 番 号								
	保 険 者 名								
その他									
変 更 年 月 日		年 月 日 から							
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。 年 月 日 申請者住所 氏名 (本人との続柄) (電話 — —) 滋 賀 県 知 事 様									

(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