

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 | | |
| <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