

第4号様式（第5条関係）

肝炎治療受給者証等変更届

下記のとおり変更があったので届け出ます。

※変更事項は、変更（追加）のある事項のみを記入してください。

公費負担医療 の受給者番号		
受給者氏名		
変更 事項	変更日（ 年 月 日より変更）	
	変 更 後	変 更 前
保又 険は 医保 療険 機薬 関局		
住 所	〒	〒
加療 入保 医険	政・組・船・共・国・後	政・組・船・共・国・後
氏 名		
世課 帯税 の年 額		
そ の 他		
変更理由（保険医療機関の追加又は変更の場合は、詳しく記入してください。）		

年 月 日 届出人 住所

氏名
(受給者との続柄)

大分県知事 殿

○添付書類	住所の変更の場合 氏名の変更の場合 加入医療保険の変更の場合 保険医療機関の変更の場合 世帯の課税額の場合	・・・住民票の写し ・・・戸籍抄本 ・・・被保険者証又は組合員証の写し ・・・主治医の紹介状等の写し又はそれ に類するものを添付(様式は任意) ・・・世帯の市町村民税の課税年額を証 する書類
○準備物	肝炎治療受給者証	

- (注) 1 保険医療機関の追加又は変更の場合は、受診予定日前又は受診日から14日以内に届け出てください。
2 住所変更の場合は、必ず郵便番号を記入してください。