

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													
個人番号													
変更事項	変更日 (年 月 日より変更)												
	変更後						変更前						
氏名													
住所	郵便番号						郵便番号						
加入医療保険	1 協会けんぽ 2 組合健保 3 船員保険 4 共済組合 5 国保組合 6 国保一般 7 後期高齢者						1 協会けんぽ 2 組合健保 3 船員保険 4 共済組合 5 国保組合 6 国保一般 7 後期高齢者						
保険者名													
保険医療機関等													
世帯の課税年額 ※世帯の課税年額 が変更する場合の み裏面に記載													
その他													
変更理由													
<p>【委任状】</p> <p>手続きを代理人に委任する場合は、□にチェックを入れ、代理人の氏名等を記入すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 私(受給者)は上記手続きに際し、下記の者を代理人として委任します。</p> <table border="0" style="width:100%"> <tr> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> (委任者(受給者)) 氏名 : </td> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> (代理人) 氏名 : 生年月日 : 住所 : 続柄 : 連絡先 : </td> </tr> </table>												(委任者(受給者)) 氏名 :	(代理人) 氏名 : 生年月日 : 住所 : 続柄 : 連絡先 :
(委任者(受給者)) 氏名 :	(代理人) 氏名 : 生年月日 : 住所 : 続柄 : 連絡先 :												

申請者氏名 _____

年 月 日

大分県知事 殿

○添付書類	氏名の変更	…戸籍抄本
	住所の変更	…住民票の写し(マイナンバー利用の場合は不要)
	加入医療保険の変更	…医療保険の資格情報がわかる書類
	保険医療機関等の変更	…不要
	世帯の課税年額の変更	…同一世帯員の市町村民税の課税年額(所得割)を証する書類又は地方税関係情報の照会に係る同意書(裏面)
○準備物	肝炎治療受給者証	

- (注) 1 保険医療機関等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。

