

肝炎治療受給者証交付申請書記載事項変更・追加届

年 月 日

岐阜県知事様

(〒 -)

住所

申請者

氏名

(代理申請の場合は受給者との続柄)

電話番号

次のとおり(変更・追加)になりましたので届出します。

受給者	受給者番号								
	住所								
	氏名					性別	男・女		
	生年月日	年		月		日			
変更・追加事項	住所	(〒 -)			(電話 - -)				
	フリガナ								
	氏名								
	保険区分	1 社保本人	協会けんぽ・組合 共済・その他	3 国保(一般)	5 国保(退職者家族)				
		2 社保家族		3 国保(退職者本人)	6 後高				
	保険医療機関又は保険薬局	名称							
		所在地							
名称									
所在地									
世帯の状況	世帯人数	人(うち、中学生以下 人)							
	世帯全員の市町村民税(所得割)の合計金額	円							
変更・追加年月日	年		月		日				

※ 保健所
収受印

※ 本
収受課
印

※印は記入しないでください。

住民票、健康保険証、課税証明書、マイナンバー等、変更となった項目と期日が確認できる書類と、現在お持ちの受給者証(写し)を添付してください。