

肝炎治療受給者証変更届

年 月 日

高知県知事 様

下記のとおり変更がありましたので、高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱第13の規定により届け出ます。

申請者住所又は 申請医療機関住所	
申請者氏名又は 申請医療機関名	
受給者との続柄	1 本人 2 保護者（ ） 3 医療機関

※医療機関から届け出るときは、受給者又は保護者にその旨をお知らせください。

受給者番号							
受給者氏名							
変更年月日	年 月 日から						
変更事項	変 更 前			変 更 後			
1 フリガナ氏名							
2 住所							
3 加入医療保険 記号・番号							
4 医療機関							
5 その他 ()							

(注) 1 変更事項の1から5までの該当する番号に○を付けてください。

2 4以外の変更については、変更を証明する書類を添えてください（住民票、保険証の写し等）。