第７号様式（第13関係）

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	ふりがな 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、医療保険の資格情報が確認できる書類の写し等）。