

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								個 人 番 号											
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）。