

受給者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

特定疾患医療受給者転入届

受給者	フリガナ					
	氏名	姓	名			
	生年月日	年 月 日				
	住所	〒 —				
		マンション等				
	電話番号	() —				
	加入医療保険	保険種別番号	被保険者氏名		対象患者との続柄	
保険者名		被保険者等記号・番号				
病名				疾患群		
届出者	氏名			受給者との続柄	<input type="checkbox"/> 受給者本人 <input type="checkbox"/> 代理人(受給者の)	
	住所	〒 — 住所及び電話番号は、届出者が受給者本人の場合は記載不要				
	電話番号	() —				
医療機関	名称			コード		
	所在地					
転入年月日	年 月 日					
<p>上記のとおり、岐阜県へ転入しましたのでお届けします。</p> <p>岐阜県知事 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>届出者氏名 _____</p> <p>受給者証送付先 <input type="checkbox"/> 受給者住所 <input type="checkbox"/> 代理人住所 <input type="checkbox"/> 下記へ送付</p> <p style="text-align: center;">〒 —</p> <p>_____</p>						

- 注) 1 太線の枠内を消せないボールペンで記載してください。
 2 □欄は、該当するものに「レ」を記載してください。
 3 届出者が受給者の代理人である場合は、本件の届出手続きに係る受給者からの委任状(任意様式)を添付してください。
 4 転入前の都道府県で交付されていた受給者証の写し及びその他必要な書類を添付して、住所を管轄する保健所に提出してください。
 5 認定期間は、転入年月日から転入前の都道府県で認定されていた期間の終期までとなります。

保健所 使用欄	保健所名			保健所受理印
	届出受理日	年 月 日		
	備考			

保險種別番号

1	協会健保	全国健康保険協会
2	健康保険組合	健康保険組合
3	共済組合	共済組合
4	船員保険	船員保険
5	国保一般	国民健康保険
6	国保退職	国民健康保険 退職者
7	後期高齢	後期高齢者医療
8	国保組合	国民健康保険組合