

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

(〒 ー)

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

ー ー

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	(〒 ー)			(電話 ー ー)				
	フリガナ								
	氏 名								
	保険種別	1 社保本人	協会けんぽ・組合 共済・その他	3 国保					
		2 社保家族		4 後高					
	記号・番号								
	保険者名								
	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 課
収 受 印

※印は記入しないでください。

住民票、医療保険の加入関係の確認ができる書類、課税証明書、マイナンバー等、変更となった事項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。