

肝炎治療受給者転入届

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

下記のとおり岐阜県へ転入しましたので、受給者証を交付されたく申請します。

記

フリガナ				性別	1 男 ・ 2 女
受給者氏名	姓	名			
住 所	〒 ー				
電話番号	( ) ー				
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 生				
加 入 医療保険	被保険者氏名			受給者との続柄	受給者の
	保 険 種 別	1 社保本人 2 社保家族 3 国保 (一般) 4 後高 [協会けんぽ・組合・共済・その他]			
	保 険 者 名			記号・番号	
	所 在 地				
疾 病 名	1 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) 3 非代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる)		4 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 5 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) 6 非代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)		
治療内容					
治療予定期間	年 月 ~ 年 月 週				
医療機関	名 称				
	所 在 地				
	名 称				
	所 在 地				
転入年月日	年 月 日				
医療の受給を受けようとする期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
※保健所名			※保健所受理日	年 月 日	
※受給者番号					

注1 転入前の都道府県で交付されていた受給者証の写しと、住民票、医療保険の加入関係の確認できる書類の写しを添付してください。

注2 ※の欄は記入しないでください。