

肝炎治療受給者資格変更届

年 月 日

栃木県知事

様

住 所

申 請 者

氏 名

印

下記のとおり変更になりましたので届け出ます。

公費負担医療 の受給者番号									受給者氏名
変 更 年 月 日		※この欄は記入しないでください。 年 月 日から変更							
変 更 内 容	変 更 事 項	変 更 後							
	1 フリガナ 氏 名								
	2 住 所	〒							
	3 電話番号								
	4 保 険	保 険 種 別	協 組 船 共 国 後 その他					保 険 区 分	本人・家族
5 医療機関名 所 在 地	※インターフェロンフリー治療は、栃木県が指定している「肝疾患に関する専門医療機関」で行った場合に医療費助成の対象となります。								
	1			2			3		
	4			5					
6 フリガナ 連絡先氏名									
	7 連絡先住所								
	8 連絡先 電話番号						受 給 者 と の 続 柄		

変更する項目のみ記入してください。

※欄は記入しないでください。

変更事項が1～2の場合は、住民票等変更内容を証するものを添付してください。

変更事項が4の場合は、健康保険証等の写しを添付してください。

変更事項が5の場合は、すでに登録しているものを含めて記入してください。