

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

( 〒 - )

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 \_\_\_\_\_

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	明 治 ・ 大 正 ・ 昭 和 ・ 平 成		年		月	日
変更・追加事項	住 所	〒 - )		(電話 - -			
	フリガナ						
	氏 名						
	保 険 区 分	1 社保本人 [ 協会けんぽ・組合 2 社保家族 [ 共済・その他 ]		3 国保 (一般) 4 国保 (退職者本人)		5 国保 (退職者家族) 6 後高	
	被 保 険 者 証	記号 :		番号 :			
	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、健康保険証、課税証明書等、変更となった項目と期日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。