

(様式第7号)

肝炎治療受給者資格変更届出書

年 月 日

愛媛県知事 様

届出者 住 所

氏 名 印

受給者との続柄

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		受 給 者 生年月日	年 月 日	
変 更 内 容	①氏名 ②住所 ③医療保険の種類 ④医療機関(追加・変更) ⑤世帯の市町村民税年額区分			
	番号	新	旧	変更年月日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
備考				

注意事項

- 1 受給者証の裏面「注意事項」に基づき提出するものです。
- 2 変更内容に該当する番号①～⑤を番号欄に記入し、新旧事項と変更年月日を記入してください。
- 3 変更内容を証明する書類（住民票の写し、保険証等）を添付してください。
- 4 医療機関を追加・変更した場合は、所在地と名称を記入してください。
- 5 この届を提出するときは、受給者証を添付してください。