

(別紙様式 10)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証変更届出書

年 月 日

愛媛県知事 様

届出者 住 所

氏 名

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 その他 |
| | 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 参加者証の裏面「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①～④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、保険証の写し等）を添付してください。
- 4 この届を提出するときは、受給者証を添付してください。