

肝炎治療受給者証変更届出書

年 月 日

山口県知事 様

(届出者)

住 所 (〒)

電話番号

氏 名

受給者との続柄 ()

このことについて、下記のとおり変更がありましたので届け出ます。

記

ふりがな 受給者氏名					生年月日	明・大 昭・平	年 月 日生	
受給者番号					受給者証の有効期間		年 月 日から 年 月 日まで	
変更の理由 が生じた日	年 月 日		変更事項		氏名 ・ 住所 ・ 加入保険 ・ 医療機関 (変更 ・ 追加) ・ 自己負担限度額			
変更 後 の 内 容 を 記 載	受給者	氏名						
		住所						
	医療保険	種別	協 ・ 組 ・ 共 ・ 国 ・ 後					
		被保険者氏名				受給者との続柄		
		発行機関名				記号 ・ 番号		
		医療機関 (薬局含む)	名称	(追加・抹消)			所在地	
	名称	(追加・抹消)			所在地			
自己負担 限度額	1万円 ・ 2万円 ※世帯の市町村民税課税状況に変動があった場合の自己負担限度額の変更は、 <u>本届出の受付日が属する月の翌月から適用</u> となります。							

- (注意) 1 変更が確認できる書類(裏面参照)を添付すること。
 2 県外からの転入の場合は、「転入届」による手続きを行うこと。
 3 県外への転出の場合は、「返還届」による手続きを行うとともに、転出後も引き続き肝炎治療受給者証の交付を希望する場合は、転出日の属する月の翌月末までに転出先の都道府県に、本県で交付した肝炎治療受給者証の写しを添えて届けてください。

申請者は下記には記入しないでください。

経由保健所名 (健康福祉センター名)		保健所 受付日	年 月 日
-----------------------	--	------------	-------

（受給者の方へ）

変更届の提出に際しては、お持ちの肝炎治療受給者証とともに、下記のとおり変更が確認できる書類を添付してください。

○ **氏名の変更の場合**

変更後の氏名が確認できる書類（戸籍謄本（抄本）又は運転免許証の写し等）

○ **住所の変更の場合**

変更後の住所が確認できる書類（住民票又は運転免許証の写し等）

○ **加入医療保険の変更の場合**

受給者の氏名が記載された医療保険証（健康保険証）を提示または、写しを添付。

※ 届出時に医療保険証を提示された場合は、窓口で写し（コピー）を取らせていただきます。

○ **医療機関の変更・追加の場合**

添付書類は不要です。

※ 受給者証に変更後の医療機関等を追記しますので、届出時に受給者証を御持参ください。

○ **自己負担限度額の変更の場合**

- ・ 受給者と同一の世帯に属するすべての世帯員が記載された住民票の写し
- ・ すべての世帯員の市町村民税課税年額が分かる書類の写し