

肝炎治療受給者証転入届出書

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

肝炎治療受給者証について、山口県へ転入しましたので、旧受給者証の写し、転入後の住所等が確認できる書類を添えて下記のとおり届出します。

ふりがな 受給者氏名	生 年 月 日		性 別	
	明・大・昭・平 年 月 日生		男 女	
転入後の住所	郵便番号 ー			
加入医療保険	被保険者氏名		受給者との 続柄	
	保 険 種 別	協・組・共・国・後	記号・番号	
	保 険 者 名			
受療医療機関 (薬局含む)	名 称		所在地	
	名 称		所在地	
	名 称		所在地	
転入前に交付 されていた受 給者証につい て	公費負担者 番 号		発行元都道府県名	
	受給者番号		月額自己負担 限度額	1万円・2万円

(注意)

- 1 受給者の氏名が記載された被保険者証の写し、転入前の都道府県で交付を受けた受給者証の写しを添付してください。
- 2 転入に伴い、世帯員の数が減る等したために月額自己負担限度額の階層が変わる場合は、本届出に併せて、自己負担限度額の階層変更手続きができます。その場合は、転入後の新しい世帯の状況が分かる書類（全世帯員が記載された住民票の写し及び市町村民税の課税状況が分かる書類の写し等）を添付してください。

下記には申請者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)		保健所受付年月日	
本 課 記 載 欄	健康増進課到達日： 年 月 日		
	交付した受給者証番号		