

肝炎治療受給者証承認事項変更（追加）申請書

年 月 日

保健所長

住 所
申請者
氏 名 (続柄：)

下記のとおり、肝炎治療受給者証承認事項の変更（追加）を申請します。

受給者番号							
患者氏名							
生年月日	年 月 日						

変 更 事 項 [1. 氏名 2. 住所 3. 加入医療保険 4. 医療機関]

変更年月日 年 月 日 から 1. 変更 2. 追加

(以下、該当する項目のみ記入してください。)

項目	変 更 前	変 更 後
フリガナ 氏 名		
住 所		
加 入 医療保険		
医 療 機 関	名称	
	所在地	
	名称	
	所在地	

※ 注意事項

1. 変更事項の1から4の該当する番号に○をつけてください。
2. 変更事項が1の場合は住民票又は戸籍抄本等氏名の変更が確認できる書類の写し、2の場合は住民票の写し、3の場合は「資格情報のお知らせ」、「資格確認書」、マイナポータルの医療保険の「資格情報画面」等の写しを添付してください。(世帯員調査書兼同意書(様式第1号の3)により個人番号(マイナンバー)を用いた情報連携を実施することで必要な情報が確認できる場合には、添付書類を省略することができます。)
3. 医療機関追加の場合は、追加する医療機関についてのみ記載してください。