（別紙様式１０）

# 肝炎治療受給者証申請事項変更届

| 受給者番号 | |
|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 受給者 | 住　所<br>住所変更の場合は新住所 | 〒（　　－　　）　（電話番号　　）<br>熊本県　　市・郡　　区・町・村 | | | |
| | フリガナ | | | 生年月日 | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和　　年　　月　　日 |
| | 氏　名<br>氏名変更の場合は新氏名 | | | | |

| 変更の理由<br>※該当するものにチェックを入れてください | 必要な添付書類　※添付された書類にチェックを入れてください |
|---|---|
| □氏名の変更<br>□住所の変更 | □変更後の世帯全員が記載されている住民票<br>□受給者証の原本 |
| □医療保険の変更 | □新しい健康保険証の写し |
| □自己負担限度額の変更 | □直近の世帯全員分の市町村民税課税年額（所得割額）の証明書<br>□受給者証の原本 |
| □有効期間の開始月の変更<br>※受給者証使用前かつ<br>インターフェロン又はインターフェロンフリー<br>治療のみ | □受給者証の原本 |

| 変更前 | 変更後 |
|---|---|
| | |
| | |

上記のとおり申請事項等の変更を届けます。

年　　月　　日

届出者　住所

氏名

熊本県知事　様

受付印