（別紙様式９）

肝炎治療受給者転入届

転入前の 都道府県名		転入前の 受給者番号	
転入年月日	年　　月　　日		

受給者	住　所	〒（　　-　　）　（電話番号　　） 熊本県　　市・郡　　区・町・村			
	ﾌﾘｶﾞﾅ			生年月日	大正 昭和 平成　　年　　月　　日 令和
	氏名				

加入医療保険	被保険者氏名		申請者との続柄	
	保険種別	協会健保・組合・船員・ 共済・国保・後期高齢	被保険者証記号・番号	
	被保険者証 発行機関名			

上記のとおり、転入したことを届けます。

年　　月　　日

届出者　住所

氏名

熊本県知事　様

受付印

※　転入前の都道府県の肝炎治療受給者証の写しとともに世帯全員の住民票及び健康保険証の写しを添えて、提出してください。

※　転入届は、転入日の属する月の翌月末日までに提出してください。

※　熊本県の肝炎治療受給者証が使用できる医療機関等は、「熊本県と契約した保険医療機関」及び「全ての保険薬局」となります。