

医療受給者転入届

年 月 日

岡山県知事 殿

〒 ー
(申請者) 住 所
氏 名
続 柄
電話番号 () ー

岡山県特定疾患治療研究事業実施要綱第17条の規定により次のとおり届け出ます。

ふ り が な 受 給 者 氏 名		性 別		生年 月日	
住 所	〒 ー ・申請者に同じ			電話 番号	() ー
病 名					
転入年月日	年 月 日				
受診予定の 県外医療機関 (※1)	名 称		所在地		
	名 称		所在地		
医療保険	保 険 者		被保険者 区 分		
全額公費 負担の方	区 分	重症患者認定 軽症 (A階層)	重症認定 の根拠	診 断 書 身体障害者手帳	
岡山県での受給 履歴がある方	期 間		受給者 番 号		
備 考 欄					

(※1) 特定疾患の治療を受ける県外医療機関があれば記入してください。
県内の医療機関は記入する必要はありません。

(注意事項)

- 1 医療受給者証の写しを添付してください。
- 2 住所及び転入時期が確認できる書類の写しを添付してください。
- 3 加入医療保険が確認できる書類の写しを添付してください。
- 4 同意書を添付してください。