

医療機関等追加届

年 月 日

岡山県知事 殿

(届出者) 住 所
氏 名
続 柄
電話番号 () -

次のとおり、肝炎治療特別促進事業に係る医療機関・保険薬局の追加を届け出ます。

ふりがな 受給者氏名		性別	
住 所			
受給者番号			
病 名			
受診保険医 療機関又は 保険薬局	所在地		
	名 称		
	電話番号	()	-
受療開始日	年 月 日		

(注意事項)

- ・ 保健所窓口で追加医療機関等を加筆修正・押印の後、コピーをとらせていただきます。
- ・ 受付後に書類の不備等でご連絡が必要な場合は電話にてご連絡いたします。