

治療受給者証変更届

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変更を届け出ます。

ふりがな 受給者氏名		性別	
住 所			
受給者番号			
変更事項	住 所	氏 名	加入医療保険 その他
変 更 前			
変 更 後			
変更年月日	年	月	日
変更の理由			

(注意事項)

- ・変更の内容が確認できる書類（写し）を添付してください。
- ・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。