（様式６）

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証変更交付申請書

公費負担医療の受給者番号							

	事項	変更前	変更後	変更日／添付書類
参加者	住所			年　月　日 ・住民票抄本
	氏名			年　月　日 ・戸籍抄本
加入医療保険	フリガナ 被保険者氏名			年　月　日 ・変更後の医療保険証の写し
	保険種別	協・組・船・共・国・退国・後・国組	協・組・船・共・国・退国・後・国組	
	被保険者証の記号・番号			
	保険者番号			
適用区分				年　月　日 ・限度額適用認定証等 ・住民税課税・非課税証明書類（世帯全員）

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の交付を受けましたが、その一部を変更したいので、上記のとおり申請します。

また、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による医療費の支給を受けるに当たり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、佐賀県が私の加入する医療保険者に報告を求め、提供を受けることに同意します。

申請者住所

（電話　　－　　－　　）

申請者氏名　　印

（代理人の場合は代理人の氏名の記載と押印）

年　月　日

佐賀県知事　様