

(様式第3号)

## 肝炎治療受給者証変更（追加）交付申請・届出書

肝炎治療受給者証の交付を受けましたが、その一部を変更（追加）したいので、下記のとおり申請・届け出します。

平成 年 月 日

佐賀県知事 様

(〒 - )

申請者 住所

氏名

印 (続柄 )

(電話 - - )

受給者番号							
受給者氏名							

	事項	変更前	変更後
受給者	住所		
	氏名		
保険証	フリガナ 被保険者氏名		
	保険種別	協・組・船・共・ 国・退国・後・国組	協・組・船・共・ 国・退国・後・国組
医療機関	所在地		
	名称		
自己負担限度額	世帯全員の市町民 税（所得割）課税 合算額	235,000円未満 ・ 235,000円以上	235,000円未満 ・ 235,000円以上

No.	変更事項	変更（追加）年月日	添付書類
1	住所	平成 年 月 日	住民票抄本
2	氏名	平成 年 月 日	戸籍抄本
3	保険証	平成 年 月 日	新しい健康保険証の写し
4	医療機関追加	平成 年 月 日	「紹介状」の写し（現在の主治医からの紹介状）
5	医療機関変更	平成 年 月 日	「紹介状」の写し（現在の主治医からの紹介状）
6	自己負担限度額	平成 年 月 日 （変更申請書受理日の翌 月1日から）	住民票謄本、市町民税課税証明書（住民票に記載 されている世帯全員分）、その他必要書類
理由	変更（追加）の理由を具体的に記入してください。		

お預かりした個人情報、その保護に十分配慮し、肝炎治療受給者証に関して申請された目的を達成する以外に、一切使用されることはありません。