

(様式第9号)

年 月 日

山形県知事 殿

(届出者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(受給者との続柄 : )

電話番号 \_\_\_\_\_

## 肝炎治療転入届出書

他都道府県において受給者証の交付を受けており、山形県に転入したので下記必要書類を添付し届出ます。

記

- 1 肝炎治療受給者証交付申請書（様式第1-1号）
- 2 転出都道府県において交付された受給者証の写し

上記1, 2の書類および住民票と公的医療保険の資格情報の写しを添付してください。

1については表面のみ記入してください。

本届出書により交付される受給者証の有効期間は、本県転入日から、転出都道府県で交付された受給者証の有効期間満了日になります。