

(様式第6号)

年 月 日

山形県知事 殿

(申請者) 住所 _____

氏名 _____

(受給者との続柄: _____)

電話番号 _____

肝炎治療受給者証承認事項変更申請書

受給者番号								受給者氏名	
-------	--	--	--	--	--	--	--	-------	--

変更事項(該当する番号に○をつけてください)

1. 氏名 2. 住所 3. 加入医療保険 4. 医療機関(追加も含む) 5. その他

変更年月日 年 月 日

変更する該当項目について記載してください。

項 目	変更前	変更後
フリガナ 氏 名		
住 所		
加入医療保険		
医 療 機 関	名 称 住 所	名 称 住 所
そ の 他		

※受給者証を添付してください。

変更事項1, 2の場合には住民票を、3の場合は新たな公的医療保険の資格情報の写しも添付下さい。