

治療受給者転入届

平成 年 月 日

岡山県知事 殿

(届出者) 住 所  
氏 名  
続 柄  
電話番号 ( ) -

印

次のとおり、肝炎治療特別促進事業の転入届を提出します。

ふりがな 受給者氏名		性別		生年月日	
住 所			電話番号		
病 名					
転入年月日	平成 年 月 日				
受診保険医療機 関又は保険薬局	名 称		所在地		
	名 称		所在地		
	名 称		所在地		
加入医療保険	保険者		被 保 険 者区分		
岡山県での受給 履歴がある方	期 間		受給者 番 号		
備考欄					

(注意事項)

- 1 転入前の都道府県で交付された治療受給者証の写しを添付してください。
- 2 住所及び転入時期が確認できる書類の写しを添付してください。
- 3 加入医療保険が確認できる書類の写しを添付してください。
- 4 なお、郵送で提出される場合で受付の連絡が必要な場合は、下記のいずれかの連絡手段にチェックをして下さい。
  - 上記記載の電話番号への電話による連絡
  - 上記記載の住所への文書による連絡

