

治療受給者証変更届

平成 年 月 日

岡山県知事 殿

(届出者) 住 所
氏 名 印
続 柄
電話番号 () -

次のとおり、肝炎治療特別促進事業に係る変更を届け出ます。

ふりがな 受給者氏名		性別	
住 所			
受給者番号			
変更事項	住 所	氏 名	加入医療保険 その他
変 更 前			
変 更 後			
変更年月日	平成	年	月 日
変更の理由			

(注意事項)

- ・変更の内容が確認できる書類（写し）を添付してください。
- ・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