

医療機関等追加届

年 月 日

岡山県知事 殿

(届出者) 住 所
氏 名
続 柄
電話番号 () -

次のとおり、肝炎治療特別促進事業に係る医療機関・保険薬局の追加を届け出ます。

ふりがな 受給者氏名							性別	
住 所								
受給者番号								
病 名								
受診保険医 療機関又は 保険薬局	所在地							
	名 称							
	電話番号	()	-				
受療開始日	年 月 日							

(注意事項)

- ・ 保健所窓口で追加医療機関等を加筆修正・押印の後、コピーをとらせていただきます。
- ・ 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