

肝炎治療受給者証記載事項変更届

受給者	フリガナ		性別	公費負担者番号			
	氏名		男女				
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	公費負担医療の受給者番号				
	住所	〒 (電話)					
届出者	氏名		受給者との続柄				
	住所	〒 (電話)					
変更項目	変更事項						
		変更前	変更後			変更日	
変更理由							
上記のとおり変更がありましたので届け出ます。							
受給者氏名				印			
平成 年 月 日							
沖縄県知事 殿							

1. 姓名変更の場合は、戸籍抄本と発行済みの受給者証を添付して下さい。
2. 住所変更の場合は、住民票と発行済みの受給者証を添付して下さい。
3. 保険医療機関変更の場合は、発行済みの受給者証を添付して下さい。
4. 保険医療機関の追加の場合は、保険医療機関の名称及び所在地を記載し、交付済みの受給者証を添付して下さい。
5. 自己負担限度額変更の場合は、世帯の構成員の変更の場合は、世帯全員が記載された住民票と交付済みの受給者証を添付して下さい。世帯の市町村民税課税額の変更の場合は、世帯全員の市町村民税が記載された課税証明書と交付済みの受給者証を添付して下さい。