

肝炎治療受給者証（変更・返納）届

① 受給者	氏名		生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 (歳)	
	受給者番号		受給者証の有効期間	平成 . . から . . まで		
事実発生年月日 届出理由の生じた日		平成 年 月 日				
② 変更届 ※該当に○をつけてください						
変更事項		氏名・住所・加入保険・自己負担限度額の変更				
変更後の内容を記載	受給者	フリガナ 氏名				
		住所	〒 TEL			
	受給者の医療保険	保険種別	協・組・共・国・後			
		被保険者 氏名		受給者との続柄 (受給者の立場から)		
		発行 機関名		記号 番号		
自己負担 限度額(月額)	区分		自己負担 限度額	円		
③ 返納届 ※該当に○をつけてください						
返納理由	治癒・死亡・県外転出・他法適用・その他()のため					
④ 上記のとおり(変更届・返納届)を提出します。 福岡県知事殿 平成 年 月 日 住所 〒 届出人 氏名 印 (受給者との続柄)						

- 注意1 届出の際は①と④を必ず記入し、肝炎治療受給者証を添付すること。
 2 変更届提出の場合は②を、返納届け提出の場合は③を記入すること。
 3 氏名及び住所の変更の場合は、住民票を添付すること。
 4 加入医療保険変更の場合は受給者の医療保険証(健康保険証)を提示(写しを添付)すること。
 5 自己負担限度額の変更の場合は、世帯調書、受給者の世帯全員の住民票、世帯全員の市町村税課税確認証明書を添付すること。
 6 転出後も肝炎治療受給者証の交付を希望する場合は、転出日の属する月の翌月末までに、転出先の都道府県に、本県で交付した肝炎治療受給者証の写しを添えて届け出て下さい。

(保健所收受印)