

肝炎治療受給者証変更申請書 年 月 日 宮城県知事 殿 (〒 —) 申請者住所 申請者氏名 印 受給者との続柄(受給者の) 肝炎治療に係る医療費用交付規則第6条第1項の規定により、下記のとおり申請します。	
受給者番号
フリガナ 受給者氏名	
変更事項	変 更 後 ※該当する項目のみ記入してください。
1 住 所	(〒 —) (電話 — —) 宮城県 市・郡 区・町・村 (マンション・アパート名, 室番号:)
2 フリガナ 氏 名	
3 医療保険	被保険者氏名 受給者との続柄 保 険 種 別 協会健保・船員・組合・共済・国保(一般・退職・組合)・後期高齢者 被保険者証の記号・番号 保 険 者 番 号 被 保 険 者 証 名 称 発 行 機 関 所 在 地
	4 保険医療機関 (変更・追加) ※変更又は追加する医療機関は県と契約している医療機関に限ります。
	名 称 所 在 地 (電話番号)
	変更を生じた日 年 月 日
	摘 要

(注) 1 受給者の氏名または住所に変更があった場合は、受給者証、受給者及び受給者と同一の世帯に属する全ての者について記載のある変更後の住民票の写しを添付してください。
 2 加入している医療保険に変更があった場合は、受給者証、受給者の氏名が記載された変更後の被保険者証等の写しを添付してください。
 3 医療機関を変更しようとする場合は受給者証を添付してください。