

(別紙様式 1 1)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者転入届				
転入前の 都道府県名		公費負担医療の 受給者番号		
転入年月日		年 月 日		
参 加 者	住 所	〒 - 電話番号 () -		
	ふりがな 氏 名	生年月日		年 月 日
加入 医療 保険	被保険者 氏 名	参加者との 続柄		
	保険種別	協・組・協 国・後・船		被保険者証 記号・番号
	被保険者証 発行機関名			
	所在地			
上記のとおり、転入したことを届けます。				
年 月 日				
届出者 住所				
氏名				
(代理人の場合は代理人の氏名を記載)				
熊本県知事 様				
				受付印

転入前の都道府県の参加者証の写しとともにその他必要書類を添えて提出してください。
転入届は、転入日の属する月の翌月末日までに提出してください。