（別紙様式９）

<table>
<tr><td colspan="6">肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証申請事項変更届</td></tr>
<tr><td colspan="2">公費負担者番号</td><td colspan="2"></td><td>公費負担医療の受給者番号</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">参加者</td><td>住所
（住所変更の場合は新住所）</td><td colspan="4">〒　　－　　電話番号（　　）　　－</td></tr>
<tr><td>ふりがな
氏　名
（氏名変更の場合は新氏名）</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">変更事項</td><td colspan="2">旧</td><td colspan="2">新</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">変更を必要とする理由</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">添付書類等</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

上記のとおり申請事項等の変更を届け出ます。

年　　月　　日

届出者　住所

申請者氏名

（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

（添付書類）

①参加者の氏名、住所を変更する場合：変更後の世帯全員が記載されている住民票及び参加者証の原本

②保険を変更する場合：マイナポータルの資格情報画面（あらかじめマイナポータルからダウンロードした医療保険の資格情報のPDFファイルを表示した画面を含む。）、医療保険者が発行する資格情報のお知らせの写し又は資格確認書の写し（一部負担金の割合の情報が記載されているものに限る。）