（別紙様式１０）

肝炎治療受給者証申請事項変更届

公費負担者番号		受給者番号	

受給者	住　所 住所変更の場合は新住所	〒　　－　　電話番号（　　）　　－		
	氏　名 氏名変更の場合は新氏名		生年月日	明治・大正 昭和・平成　　年　　月　　日

変　更　事　項	旧	新

変　更　を　必　要 と　す　る　理　由	
添　付　書　類　等	

上記のとおり申請事項等の変更を届けます。　　平成　　年　　月　　日

届出者　住所

（自署または記名押印）
氏名

熊本県知事　　様

受付印

（添付書類）
①受給者の氏名、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受給者証の原本
②保険を変更する場合：新しい健康保険証の写し
③医療機関を変更・追加・削除する場合：受給者証の原本
④自己負担限度額を変更する場合：直近の世帯全員分の市町村民税課税年額（所得割額）の証明書及び受給者証の原本