

(別紙様式 9)

肝炎治療受給者転入届										
転入前の都道府県名		受給者番号								
転入年月日		平成 年 月 日								
受給者	住所	〒 電話番号 ()								
	フリガナ氏名	生年月日		明治・大正 年 月 日 昭和・平成						
加入医療保険	被保険者氏名				受給者との続柄					
	保険種別	協・組・船・共・国・後			被保険者証記号・番号					
	被保険者証発行機関名									
	所在地									
転入後受療する医療機関保険薬局		名称所在地		Tel ()		—				
※医療機関については原則として、熊本県と契約を締結している指定医療機関又は治療実施医療機関を記載		名称所在地		Tel ()		—				
		名称所在地		Tel ()		—				
		名称所在地		Tel ()		—				
		名称所在地		Tel ()		—				
上記のとおり、転入したことを届けます。										
平成 年 月 日								受付印		
届出者 住所										
(自署または記名押印)										
氏名										
熊本県知事					様					

※ 転入前の都道府県の肝炎治療受給者証の写しとともに住民票及び健康保険証の写しを添えて、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。