

(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		年 月 日							
受 給 者	住 所	〒 ー 電話番号 ( ) ー							
	フリガナ 氏 名	生年月日			年 月 日				
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  ※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 ( )		ー				
		名称							
		所在地	TEL ( )		ー				
		名称							
所在地	TEL ( )		ー						
名称									
所在地	TEL ( )		ー						
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		受付印							
(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。