

|                                |       |     |  |  |  |  |  |  |           |       |        |                |  |  |  |  |  |
|--------------------------------|-------|-----|--|--|--|--|--|--|-----------|-------|--------|----------------|--|--|--|--|--|
| 肝炎治療受給者証書換交付申請書                |       |     |  |  |  |  |  |  |           |       |        |                |  |  |  |  |  |
| 徳島県知事 殿                        |       |     |  |  |  |  |  |  |           |       |        | 年 月 日          |  |  |  |  |  |
| 申請者住所 〒                        |       |     |  |  |  |  |  |  |           |       |        |                |  |  |  |  |  |
|                                |       |     |  |  |  |  |  |  |           |       |        | (電話番号 - - )    |  |  |  |  |  |
| 申請者氏名                          |       |     |  |  |  |  |  |  |           |       |        |                |  |  |  |  |  |
|                                |       |     |  |  |  |  |  |  |           |       |        | (受給(登録)者との続柄 ) |  |  |  |  |  |
| 次のとおり変更しましたので、受給者証の書換交付を申請します。 |       |     |  |  |  |  |  |  |           |       |        |                |  |  |  |  |  |
| 変 更 理 由                        |       |     | 1 保健所管内での居住地変更<br>2 保健所管外からの転入(徳島県内での居住地変更)<br>3 氏名変更<br>4 その他の変更( )     |  |  |  |  |  |           |       |        |                |  |  |  |  |  |
| 受 給 者 氏 名                      |       |     |  |  |  |  |  |  | 生年<br>月 日 |       | 年 月 日生 |                |  |  |  |  |  |
| 受 療 医 療 機 関 等<br>(書換必要機関全て)    |       |     |  |  |  |  |  |  |           |       |        |                |  |  |  |  |  |
| 変<br>更<br>事<br>項               | 住 所   | 旧住所 |  |  |  |  |  |  |           |       |        |                |  |  |  |  |  |
|                                |       | 新住所 |  |  |  |  |  |  |           |       |        |                |  |  |  |  |  |
|                                | 氏 名   | 旧氏名 |  |  |  |  |  |  |           |       |        |                |  |  |  |  |  |
|                                |       | 新氏名 |  |  |  |  |  |  |           |       |        |                |  |  |  |  |  |
|                                | そ の 他 | 新   |  |  |  |  |  |  |           |       |        |                |  |  |  |  |  |
|                                |       | 旧   |  |  |  |  |  |  |           |       |        |                |  |  |  |  |  |
| 変 更 の 年 月 日                    |       |     | 年 月 日  |  |  |  |  |  |           |       |        |                |  |  |  |  |  |
| 変 更 の 理 由                      |       |     | 転居 婚姻 その他( )   |  |  |  |  |  |           |       |        |                |  |  |  |  |  |
| 公 費 負 担 番 号                    |       |     |  |  |  |  |  |  |           | 受給者番号 |        |                |  |  |  |  |  |
| 有 効 期 間                        |       |     | 年 月 日から 年 月 日まで  |  |  |  |  |  |           |       |        |                |  |  |  |  |  |
| 個 人 番 号<br>(マイナンバー)            |       |     | ※特定個人情報(「住民基本台帳に関する情報」、「医療保険給付の支給に関する情報」を取得することについて同意し、添付書類を省略する場合にのみ記載) |  |  |  |  |  |           |       |        |                |  |  |  |  |  |
| 保健所チェック欄(申請者は記入しないでください。)      |       |     |  |  |  |  |  |  |           |       |        |                |  |  |  |  |  |
| 送 付 先                          |       |     | 1 受給者住所  |  |  |  |  |  |           |       |        |                |  |  |  |  |  |
|                                |       |     | 2 受給者以外  |  |  |  |  |  |           |       |        |                |  |  |  |  |  |