

肝炎治療受給者証受療医療機関等変更(追加)申請書

令和 年 月 日

徳島県知事 殿

申請者住所 〒

(電話番号 ーーー)

申請者氏名

(受給(登録)者との続柄)

次のとおり受療医療機関等の変更(追加)を申請します。

公費負担番号								受給者番号						
受給者氏名														
有効期間	年 月 日から							年 月 日まで						
変更(追加)前 受療医療機関等 (追加の場合、記入不要)	所在地													
	機関名													
	所在地													
	機関名													
変更(追加)後 受療医療機関等	所在地													
	機関名													
	所在地													
	機関名													

注 変更(追加)した受療医療機関等における受給者証については、本申請書の受理日から有効となります。

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