

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      -      -      )

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																