

肝炎治療受給者証 (変更・返納) 届

① 受給者	氏名			生年月日	年 月 日 (歳)	
	受給者番号			受給者証の有効期間	から まで	
事実発生日 届出理由の生じた日		年 月 日				
② 変更届 ※該当に○をつけてください						
変更事項		氏名・住所・加入保険・自己負担限度額の変更				
変更後の 内容を記載	受給者	フリガナ 氏名				
		住所	〒			
	受給者の 医療保険	保険種別	政・組・船・共・国・後・協			
		被保険者 氏名			受給者との続柄 (受給者の立場から)	
		発行 機関名			記号 番号	
自己負担 限度額 (月額)	区分		自己負担 限度額	円		
③ 返納届 ※該当に○をつけてください						
返納理由		治癒・死亡・県外転出・他法適用・その他 () のため				
④ 上記のとおり (変更届・返納届) を提出します。 福岡県知事殿 年 月 日 住所 〒 届出人 氏名 (受給者との続柄) 印						

- 注意1 届出の際は①と④を必ず記入し、肝炎治療受給者証を添付すること。
 2 変更届提出の場合は②を、返納届提出の場合は③を記入すること。
 3 氏名及び住所の変更の場合は、住民票を添付すること。
 4 加入医療保険変更の場合は受給者の医療保険証 (健康保険証) を提示 (写しを添付) すること。
 5 自己負担限度額の変更の場合は、世帯調書、受給者の世帯全員の住民票、世帯全員の市町村民税課税額証明書を添付すること。
 6 転出後も肝炎治療受給者証の交付を希望する場合は、転出日の属する月の翌月末までに、転出先の都道府県に、本県で交付した肝炎治療受給者証の写しを添えて届け出てください。

(保健所收受印)