

肝炎治療費等助成変更届

平成 年 月 日

群馬県知事 様

受給者 住所
氏名 印
(電話)

次のとおり、変更等がありましたので届出します。

受給者番号									
変更年月日	平成 年 月 日								
記載事項	変 更 前				変 更 後				
1	ふりがな 氏 名								
2	住 所	(郵便番号 -)				(郵便番号 -)			
3	加入保険	種別 : 協・組・船・共・国・後 記号番号 :				種別 : 協・組・船・共・国・後 記号番号 :			
4	自己負担 限度額	階 層	自己負担額限度額 (月額)			階 層	自己負担額限度額 (月額)		
		甲・乙	円			甲・乙	円		
5	治療内容	医療機関にて記入をお願いします。 ・治療薬剤 () ・治療期間 () 週 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				医療機関にて記入をお願いします。 ・治療薬剤 () ・治療期間 () 週 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ・変更理由 <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>			
						・医療機関名 ・主治医 印			

(注意事項) ・ 受給者欄の押印は、受給者本人の自署であれば不要です。

(添付書類) ・ 住所の変更の場合には、住民票 (本人分) の写し
 ・ 保険証の写し