様式６

肝炎治療費等助成変更届

令和　　年　　月　　日

群馬県知事　　様

受給者　　住所

氏名

（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		令和　　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） 甲・乙 / 円	階　層 / 自己負担額限度額（月額） 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 年　月　日 ～　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 年　月　日 ～　年　月　日 ・変更理由 ・医療機関名 ・主治医

（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