

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 受給者番号 

--	--	--	--	--	--	--	--

  
 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。

変 更 年 月 日	令和 年 月 日	
記 載 事 項	変 更 前	変 更 後
1 フリガナ氏名		
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 : 保険者名 : 保険者番号 :
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 治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日
6 治療内容	医療機関で記入をお願いします。但し、治療期間のみ変更の場合はこの限りではありません。 ・治療薬剤 ( )	医療機関で記入をお願いします。但し、治療期間のみ変更の場合はこの限りではありません。 ・治療薬剤 ( ) ・変更理由 <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> ・医療機関名 ・主治医

- (注意事項)
- ・ 変更する項目のみ記載してください。
  - ・ 4 自己負担額の変更については、変更届を受理した月の翌月から適応します。
  - ・ 5 治療期間を延長せず、開始及び終期を変更することができます。(インターフェロンフリー治療のみ)

- (添付書類)
- ・ 1・2 氏名又は住所の変更の場合には、住民票(本人分)の写しまたは様式17世帯員調査書兼同意書(申請者欄のみ記載)
  - ・ 3 加入医療保険の変更の場合には、変更後の被保険者証等の写し
  - ・ 4 自己負担額の変更の場合は、課税証明書または様式17世帯員調査書兼同意書