

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	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 : 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)	階 層 自己負担額限度額 (月額)
		甲・乙 円	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 ・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(個人番号報告書)
 - ・ 3 加入医療保険の変更の場合には、様式17世帯員調査書兼同意書(個人番号報告書)
 - ・ 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