

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 :
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    ・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
- ・ 3 保険証の変更の場合には、変更後の保険証の写し
- ・ 4 自己負担額の変更の場合は、課税証明書またはマイナンバー利用に係る同意書