第８号様式（第１１関係）

　　　　 年 　月 　日

青森県知事　　　　　　　 殿

住　 所

届出者 氏 名

受給者との続柄

受給者氏名

受給者番号

肝炎治療受給者証内容変更届

下記のとおり、肝炎治療受給者証の内容変更について届け出ます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記 変更事項 | 変更前 | 変更後 | 変更年月日 |
| 氏 　　　　名 |  |  |  |
| 住　　　　 所 |  |  |  |
| 加入医療保険 |  |  |  |
| 受診医療機関 |  |  |  |
| そ　 の 　他 |  |  |  |

 注 氏名及び住所の変更の場合は、住所異動が確認できる公的な書類（住民票の写し、運転免許証の写しなど）

を、加入医療保険の変更の場合は、被保険者証の写し、医療保険の保険者から交付された「資格情報の

お知らせ」若しくは「資格確認書」又はマイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」等を提出

してください。