

第6号様式

肝炎治療受給者証認定事項変更（追加）届				
ふりがな 氏名		受給者 番号		
変更(追加)内容	1. 住所 2. 氏名 3. 受療医療機関及び調剤薬局 4. 加入医療保険 5. 課税年額			
変更年月日	年 月 日			
変更事項	変更前		変更後（追加）	
住 所	〒 電話 () -		〒 電話 () -	
ふりがな 氏名				
及 び 受 療 調 剤 機 関 薬 局	名称			
	所在地			
	名称			
	所在地			
加 入 医 療 保 険 (変 更 後)	被保険者氏名			受給者との 続 柄
	保 険 種 別	協(政)・組・船・共・国・後		被保険者証 の記号・番号
	被保険者証 発行機関名			
	所 在 地			
上記のとおり変更（追加）したいので申請します。				
申請者氏名				
年 月 日				
鹿児島県知事 殿				

※ 変更事項については、該当部分のみ記入してください。

課税年額の変更は、自己負担額が減額される場合のみ届け出てください。

(添付書類)

- ・ 住所変更の場合 住民票の写し
- ・ 氏名変更の場合 戸籍抄本
- ・ 加入医療保険変更の場合 受給者の氏名が記載された被保険者証の写し
- ・ 課税年額変更の場合 申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の市町村民税の課税年額
を証明する書類の写し