

(様式第15号)

肝炎治療受給者証転入届出書

平成 年 月 日

鳥取県 総合事務所長
鳥取県 福祉保健事務所長 様

(届出者) 住 所 (〒)

氏名 印
(直筆の場合は、押印省略可)

受給者との続柄

肝炎治療受給者証について、鳥取県へ転入しましたので、転入前の都道府県から交付された受給者証の写し、転入後の住所等が確認できる書類を添え、新たな受給者証の交付を受けるため下記のとおり届出します。

なお、今後、本制度に係る各種申請手続き等のために、鳥取県が転入前の都道府県に対し確認する必要がある事項等が生じた場合は、鳥取県が照会することについて同意します。

ふりがな 受給者氏名				性別	男 女
生年月日	明・昭 大・平 年 月 日生 (満 歳)				
転入後の 住 所	郵便番号 () (電話)				
加入医療 保 険	被保険者 氏 名			受給者との 続 柄	
	保険種別	協・組・共・国・後・その他		被保険者証 の記号・番号	
	被保険者証 発行機関名			所在地	
受療医療 機 関 (薬局含む)	名 称			所在地	
	名 称			所在地	
	名 称			所在地	
	名 称			所在地	
転入前に交付さ れていた受給者 証 について	公費負担番号			発行元都道府県名	
	受給者番号			月額自己負担限度額	1万円 ・ 2万円
鳥取県での受給 履歴がある方	受給者番号			期間	～ まで
備 考					

※届出にあたっては、次の書類を添付してください。

- ①転入前の都道府県から交付された受給者証の写し
- ②申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し
- ③申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し