## 肝炎治療受給者証等変更届

下記のとおり変更があったので届け出ます。

※変更事項は、変更(追加)のある事項のみを記入してください。

	Mark 1 Misik	Max 1 XI XI XX (ZXX)	(126.0
個人番号   変更事項   変更後   変更前   氏名   財便番号   加入医療保険 1 協会けんぽ 2 組合健保 3 船員保険 4 共済組合 5 国保組合 6 国保一般 7 後期高齢者 1 協会けんぽ 2 組合健保 3 船員保 4 共済組合 5 国保組合 6 国保一般 7 後期高齢者			
変更事項 変更後 年月日より変更)   変更後 変更前   氏名 郵便番号   加入医療保険 1 協会けんぽ 2 組合健保 3 船員保険 4 共済組合 5 国保組合 6 国保一般 7 後期高齢者 1 協会けんぽ 2 組合健保 3 船員保険 4 共済組合 5 国保組合 6 国保一般 7 後期高齢者	受給者氏名	受給者氏名	
変更後 変更前   氏名 郵便番号   住所 郵便番号   加入医療保険 1 協会けんぽ 2 組合健保 3 船員保険 4 共済組合 5 国保組合 6 国保一般 7 後期高齢者 1 協会けんぽ 2 組合健保 3 船員保険 4 共済組合 5 国保組合 6 国保一般 7 後期高齢者	個 人 番 号	固人番号	
変更後 変更前   氏名	+ + +	変更日(	年 月 日より変更)
住 郵便番号   加入医療保険 1 協会けんぽ 2 組合健保 3 船員保険 4 共済組合 5 国保組合 6 国保一般 7 後期高齢者 1 協会けんぽ 2 組合健保 3 船員保 4 共済組合 5 国保組合 6 国保一般 7 後期高齢者	変	<b>変 更 後</b>	変 更 前
住 所 1 協会けんぽ 2 組合健保 3 船員保険   加入医療保険 1 協会けんぽ 2 組合健保 3 船員保険   4 共済組合 5 国保組合 6 国保一般 4 共済組合 5 国保組合 6 国保一般   7 後期高齢者 7 後期高齢者	氏 名	氏 名	
加入医療保険 4 共済組合 5 国保組合 6 国保一般 7 後期高齢者 4 共済組合 5 国保組合 6 国保一般 7 後期高齢者	住 所	全 新便番号	郵便番号
	加入医療保険	加入医療保険 4 共済組合 5 国保組合 6 国保一般	
保険医療機関等	保険者名	保険者名	
	保険医療機関等	呆険医療機関等	
世帯の課税年額 ※世帯の課税年 額が変更する場 合のみ裏面に記 載	※世帯の課税年 額が変更する場 合のみ裏面に記	※世帯の課税年 質が変更する場 今のみ裏面に記	
その他	その他	その他	
変更理由	変更理由	変更理由 	

年 月 日 届出人 住 所

氏 名

殿

(受給者との続柄 )

大分県知事

○添付書類 氏名の変更

· · · · 戸籍抄本

住所の変更

・・・・住民票の写し(マイナンバー利用の場合は不要)

加入医療保険の変更

・・・医療保険の資格情報がわかる書類

保険医療機関等の変更 ・・・不要

世帯の課税年額の変更

・・・同一世帯員の市町村民税の課税年額(所得割)を証す る書類又は地方税関係情報の照会に係る同意書(裏

面)

○準 備 物 肝炎治療受給者証

- (注) 1 保険医療機関等の追加又は変更の場合は、受診予定日前又は受診日から14日以内に届け出て ください。
  - 2 住所変更の場合は、必ず郵便番号を記入してください。

## 同一世帯員(受給者が属する住民票上の世帯の全ての構成員)記載欄

- 1 下記の者が、私(申請者)が属する住民票上の同一世帯員です。
- 2 私及び下記の同一世帯員は医療保険情報及び直近年度の地方税関係情報を取得することについて
  - ・同意します (下記の「同意署名欄」に同意する本人それぞれが署名をしてください。)
  - ・同意しません (市町村民税(所得割)の課税年額について紙による提出が必要です。)

	15歳以下	ふりがな 氏 名	生年月日 性 別	個人番号 申請名と の続柄 申請年 1/1 時点 の住民票 所在市町 村 出	
同一世帯員			男女		
			男 女		

## 地方税関係情報の照会に係る同意署名欄

大分県が行う「大分県肝炎に係る医療費の助成に関する規則(平成二十年大分県規則第二十四号)」に基づく 事務手続を処理するために限って直近年度の地方税関係情報について取得することに同意します。 なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意します。

申請者		氏名(自署)
申請者との続柄(	)	氏名(自署)

※代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状を添付すること。

※15歳以下の者の同意(自署)は不要