

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。

公費負担医療の 受 給 者 番 号												
受 給 者 氏 名												
個 人 番 号												
変 更 事 項	変 更 日 (年 月 日より変更)											
	変 更 後						変 更 前					
氏 名												
住 所	郵便番号						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					
保険者名												
保険医療機関等												
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												
そ の 他												
変更理由												

氏 名

(受給者との続柄)

大分県知事 殿

○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。

(裏)

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	生年月日	個人番号				申請者との続柄	申請年1/1時点の住民票所在市町村	紙による提出
		氏名	性別							
同一世帯員	☐		男 女							☐
	☐		男 女							☐
	☐		男 女							☐
	☐		男 女							☐
	☐		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)

申請者との続柄 () 氏名(自署)

申請者との続柄 () 氏名(自署)

申請者との続柄 () 氏名(自署)

申請者との続柄 () 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