

肝炎治療受給者証変更交付申請書				
申請者	ふりがな 氏名		性別	男 女
	生年月日	年 月 日	職業	
	住所	(電話 )		
	受給者番号			
変 更 内 容				
	項 目	変 更 前	変 更 後	
	ふりがな 氏名			
	職 業			
	住 所			
加入 医療 保険	被保険者氏名			
	申請者との続柄			
	保 険 種 別			
	記号・番号			
	保 険 者 名			
	所 在 地			
	病 名			
保 険 は 医 療 機 関 局	名 称			
	所在地			
	名 称			
	所在地			
	自己負担限度額の変更 <sup>※2</sup>	円	円	
<p>肝炎治療受給者証の変更を申請します。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 <span style="float: right;">印</span></p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">山梨県知事 <span style="float: right;">殿</span></p>				

※1 変更内容が確認できる書類を添付してください。

※2 市町村民税の課税額変更に伴う自己負担額の変更

<b>肝炎治療受給者証再交付申請書</b>				
<b>申 請 者</b>	ふりがな 氏 名		性 別	男 女
	生年月日	年 月 日	職 業	
	住 所	（電話 ）		
	受給者番号			
申請理由	1. 破損・汚損 2. 紛失 3. 盗難 4. その他（ ）			
（備考）				
<p style="margin-left: 40px;">肝炎治療受給者証の再交付を申請します。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <p>申請者氏名</p> <p>年 月 日</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>印</p>     <p>山梨県知事 殿</p> </div> </div>				

※ 破損・汚損の場合は、受給者証を添付してください。