

(別紙様式9)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証申請事項変更届			
公費負担者番号		公費負担医療の受給者番号	
参加者	住所 (住所変更の場合は新住所)	〒 - 電話番号 () -	
	ふりがな 氏名 (氏名変更の場合は新氏名)	生年月日	年 月 日
変更事項	旧	新	
変更を必要とする理由			
添付書類等			
上記のとおり申請事項等の変更を届け出ます。			
年 月 日			
届出者 住所		受付印	
申請者氏名 (代理人の場合は代理人の氏名を記載)			
熊本県知事 様			

(添付書類)

参加者の氏名、住所を変更する場合：変更後の世帯全員が記載されている住民票及び参加者証の原本
保険を変更する場合：新しい健康保険証の写し