（別紙様式１０）

肝炎治療受給者証申請事項変更届

受給者番号					
受給者	住　所 住所変更の場合は新住所	〒（　　－　　）　（電話番号　　） 熊本県　　市・郡　　区・町・村			
	フリガナ			生年月日	大正 昭和 平成 令和　　年　　月　　日
	氏　名 氏名変更の場合は新氏名				

変更の理由 ※該当するものにチェックを入れてください	必要な添付書類　※添付された書類にチェックを入れてください
□氏名の変更 □住所の変更	□変更後の世帯全員が記載されている住民票 □受給者証の原本
□医療保険の変更	□新しい健康保険証の写し（住所や負担割合等に変更がない場合に限る。）、マイナポータルの資格情報画面（あらかじめマイナポータルからダウンロードした医療保険の資格情報のPDFファイルを表示した画面を含む。）、医療保険者が発行する資格情報のお知らせの写し又は資格確認書の写し（一部負担金の割合の情報が記載されているものに限る。） ※マイナンバー提供書を提出された場合は省略することが可能です。
□自己負担限度額の変更	□直近の世帯全員分の市町村民税課税年額（所得割額）の証明書 □受給者証の原本
□有効期間の開始月の変更 ※受給者証使用前かつインターフェロン又はインターフェロンフリー治療のみ	□受給者証の原本

変更前	変更後

上記のとおり申請事項等の変更を届けます。

年　　月　　日

届出者　住所

氏名

熊本県知事　様

受付印