様式第８号（第９条関係）

|  |
| --- |
| **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 |  |  |
| 被保険者証の記号・番号 |  |  |
| 被保険者証発行機関名 |  |  |
| 所 在 地 |  |  |
| 病　　　　名 |  |  |
| 保険医療機関又は保険薬局 | 名　称 |  |  |
| 所在地 |  |  |
| 名　称 |  |  |
| 所在地 |  |  |
| 自己負担限度額の変　　更※２ | 円 | 円 |
| 肝炎治療受給者証の変更を申請します。 　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 　　　　　　　年　　月　　日 　　 山梨県知事　　　　　　　　　　　　殿 |

※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

様式第９号（第９条関係）

|  |
| --- |
| **肝炎治療受給者証再交付申請書** |
| 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 |  |
| 申請理由 |  １．破損・汚損　２．紛失　３．盗難　４．その他（　　　　　） |
| （備考） |
|  　肝炎治療受給者証の再交付を申請します。 　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　印 　　　　　　　年　　月　　日 　　　山梨県知事　　　　　　　　　　　　　　殿 |

　※ 破損・汚損の場合は、受給者証を添付してください。