

肝炎インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療受給者証 記載事項変更申請書				
申 請 者	ふりがな		性別	男 ・ 女
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日	職 業	
	住 所	〒 ー TEL ()		
	受給者番号			
変 更 内 容				
項 目		変更前	変更後	
ふりがな				
氏 名				
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			
	保 険 者 名			
	所 在 地			
疾 病 名				
<p>肝炎インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療受給者証の 変更を申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: right;">(自署)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">奈良県知事 殿</p>				

※ 当該申請書を提出する際には、必要に応じて下記の書類を添付してください。

○受給者の氏名または住所に変更があった場合：受給者証の原本と、受給者同一の世帯に属する全ての者について記載のある変更後の住民票の写し

○加入している医療保険に変更があった場合：医療保険の加入状況を確認できる書類

「資格確認書」もしくは「資格情報のお知らせ」又はマイナポータルからアクセスできる医療保険の「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。)を印刷したものいずれか

○病名に変更があった場合：受給者証の原本と、医師の診断書

※ 鉛筆や消せるボールペン(フリクションボール等)で記入された書類での申請は受理できません。

※ 一度申請いただいた書類は、どのような理由であってもお返しできません。

控えが必要な場合は、ご自身で申請前に写し(コピー等)をご準備ください。