

(様式第5)

肝炎治療受給者転入届				
転入前の 都道府県名				受給者番号
転入年月日		令和 年 月 日		
受給者	住所	(〒 -) (電話)		
	ふりがな 氏名	生年 月日	大昭 平令	年 月 日
	病名			
加入 医療 保険	被保険者氏名			受給者との 続柄
	保険種別	協・組・共・国・後		被保険者証の 記号・番号
	被保険者証 発行機関名			
	所在地			
転入 後 受診 する	名称			
	所在地	(〒 -) (電話)		
	名称			
	所在地	(〒 -) (電話)		
	名称			
	所在地	(〒 -) (電話)		
	名称			
	所在地	(〒 -) (電話)		
添付書類				
上記のとおり、転入したことを届けます。				
令和 年 月 日 届出者 住所 氏名 長崎県知事 様				受付印

※ 転入前の都道府県の肝炎治療受給者証の写しとともに住民票、健康保険証の写し、お薬手帳の写しまたは薬剤情報提供書等の写しを添えて、提出してください。