

(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	被保険者氏名			受給者との 続柄
医療	保険種別	協・組・共・国・後		記号・番号
	保険者名			
保険	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(健康保険証がない場合は、「資格情報のお知らせ」「資格確認書」「マイナポータルの資格情報画面」のいずれかの写し)、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、提出ください。