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。