

肝炎治療受給者証変更届出書

年 月 日

山口県知事 様

(届出者)
住 所 (〒)

電話番号

氏 名

受給者との続柄 ()

このことについて、下記のとおり変更がありましたので届け出ます。

記

ふりがな 受給者氏名								生年月日		明・大 昭・平 年 月 日生				
受給者番号								受給者証の有効期間		年 月 日から 年 月 日まで				
変更の理由 が生じた日		年 月 日				変更事項		氏名 ・ 住所 ・ 加入保険 ・ 医療機関 (変更 ・ 追加) ・ 自己負担限度額						
変更 があった 箇所の 内容	受給者		氏名											
			住所											
	医療保険		種別		協 ・ 組 ・ 共 ・ 国 ・ 後									
			被保険者氏名						受給者との続柄					
			保険者名						記号 ・ 番号					
	医療機関 (薬局含む)		名称		(追加・抹消)				所在地					
			名称		(追加・抹消)				所在地					
	自己負担 限度額		1万円 ・ 2万円											
			※世帯の市町村民税課税状況に変動があった場合の自己負担限度額の変更は、本届出の受付日（郵送による提出の場合は消印の日）が属する月の翌月（月の初日に届出があった場合は当該月）から適用となります。											

- (注意) 1 変更が確認できる書類（裏面参照）を添付すること。
- 2 県外からの転入の場合は、「転入届」による手続きを行うこと。
- 3 県外への転出の場合は、「返還届」による手続きを行うとともに、転出後も引き続き肝炎治療受給者証の交付を希望する場合は、転出日の属する月の翌月末までに転出先の都道府県に、本県で交付した肝炎治療受給者証の写しを添えて届け出てください。

申請者は下記には記入しないでください。

経由保健所名 (健康福祉センター名)				保健所 受付日		年 月 日	
世帯員調査書兼同意書の提出		有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>					

（受給者の方へ）

変更届の提出に際しては、お持ちの肝炎治療受給者証とともに、下記のとおり変更が確認できる書類を添付してください。

○ 氏名の変更の場合

変更後の氏名が確認できる書類（戸籍謄本（抄本）又は運転免許証の写し等）

○ 住所の変更の場合

変更後の住所が確認できる書類（住民票又は運転免許証の写し等）

○ 加入医療保険の変更の場合

受給者の氏名が記載された以下のうち1つを添付。（又は申請窓口にご持参下さい）

- ・マイナポータルからダウンロードした資格情報を印刷したもの
- ・資格情報のお知らせ（写し）
- ・資格確認書（写し）

※ 届出時にマイナポータルからダウンロードした資格情報、資格情報のお知らせ等、公的医療保険の加入が確認できるものを提示された場合は、窓口で写し（コピー）を取らせていただきます。

※ すでに世帯員調査書兼同意書によりマイナナンバーを提供されている方は不要です。

○ 医療機関の変更・追加の場合

添付書類は不要です。

※ 受給者証に変更後の医療機関等を追記しますので、届出時に受給者証を御持参ください。

○ 自己負担限度額の変更の場合

- ・受給者と同一の世帯に属するすべての世帯員が記載された住民票

※ 合算除外を希望の方は、続柄の記載が必要です。

（注）合算除外：受給者及びその配偶者と相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係がない方（配偶者以外の方に限ります）については、市町村民税所得割額の合算対象から除外できます。

- ・すべての世帯員の市町村民税課税年額が分かる書類

※ 合算除外を希望の方は、扶養親族の人数・内訳の記載が必要です。

※ すでに世帯員調査書兼同意書によりマイナナンバーを提供されている方は不要です。

- ・合算除外を希望の方は、以下の書類

ア 市町村民税合算除外希望申請書（様式第16号）

イ 受給者本人、その配偶者及び除外希望者の健康保険や国民健康保険等の医療保険の加入が確認できるもの（コピー可）