様式7

B型・C型肝炎患者医療給付事業申請書記載事項変更届

愛 知 県 知 事 殿

申 請 者　　住 所

氏 名

受給者との続柄

下記のとおり変更になりましたので届けます。

区分　※※受給者番号　　※※通知番号　　令和　年　月　日

1 2　3 9　感対第　－　12 17 申請日

フリガナ 受給者氏名		性別	変 更 事 項		
		男・女	19 1 受給者氏名	21 2 受給者住所	23 3 その他（保険等）

変更前	1	フリガナ 受給者氏名	
	2	フリガナ 住 所（県名は除く）	市区町村名 / 番地 / 方書（マンション名）
		郵便番号	－
	3	保険種別	1 協 2 組 3 退 4 船 5 共 6 国 7 後期高齢 8 健保本人 9 退保本人
		記号番号	保険者コード番号
		被保険者氏名	被保険者証発行機関名称
変更後	1	フリガナ 受給者氏名	25 39 / 41 60
	2	フリガナ 住 所（県名は除く）	62 106 / 市区町村名 108 127 / 番地 128 157 / 方書（マンション名） 159 188
		郵便番号	190 － 196
	3	保険種別	198 1 協 2 組 3 退 4 船 5 共 6 国 7 後期高齢 8 健保本人 9 退保本人
		記号番号	保険者コード番号 200 207
		被保険者氏名	被保険者証発行機関名称

受付欄	※ 保健所受付印・受付番号	※ 経由印・経由年月日	※※ 県 受 付 印
	保第　－		
	保健所コード番号 209 213	令和 年 月 日	

（注）
1　受給者票を添付してください。
2　変更事項欄の該当項目を〇で囲んでください。