

B型・C型肝炎患者医療給付事業受給者票転入届

愛知県知事殿

申請者
〒
住所

氏名

下記のとおり届出します。

記

区分	※※受給者番号	※※通知番号	令和	年	月	日
4		感対第	申請日			
申請者シメイ	対象者との続柄		電話番号			
対象者	フリガナ	治療(申請)内容	病名等	生年月日		性別
	氏名			1 2 3 4 5	年 月 日	1 2
	フリガナ			明大昭平令		男 女
	住所 (県名は除く)	市区町村名	番地			
郵便番号	事業申請期間	5 令和	5 令和	職業		
加入医療保険	保険種別	1 2 3 4 5 6 7 8 9	協 組 退 船 共 国 後期高齢 健保本人 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				
受療医療機関	名称				医療機関コード番号	
	所在地					
階層区分	1 甲 (市町村民税課税年額 235,000円以上)		2 乙 (同左 235,000円未満)			
非課税等	1 (除外対象者無し 及び市町村民税非課税)		2 (除外対象者無し 及び市町村民税課税)		3 (除外対象者有り かつ市町村民税非課税) 4 (除外対象者有り 及び市町村民税課税)	

* 市町村民税額合算対象除外希望者がいる場合は、別途(裏面)申告してください。(詳細は裏面をごらんください。)

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

◎記入される前に必ず案内をお読みください。