

## 肝炎治療受給者証記載事項変更（訂正）届

令和 年 月 日

千葉県知事 様

健康福祉センター・保健所受付印

受給者住所

受給者番号

受給者氏名

電話番号

番号	項目	変更（訂正）前	変更（訂正）後（変更箇所のみ記載してください）
①	受給者 氏名	[氏名]	カナ
			漢字
②	住所 ※変更後の住所は、千葉県内に 限ります。	[住所]	郵便番号
			市町村名
		字・番地	市・町・村
	方書		
③	生年月日 (訂正)	年 月 日	年 月 日
④	病名	<input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> C型 <input type="checkbox"/> 代償性肝硬変 <input type="checkbox"/> 非代償性肝硬変	<input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> C型 <input type="checkbox"/> 代償性肝硬変 <input type="checkbox"/> 非代償性肝硬変
⑤	自己負担 限度額	[変更前の月額自己負担限度額]	[変更後の月額自己負担限度額]
		<input type="checkbox"/> 10,000円 <input type="checkbox"/> 20,000円	<input type="checkbox"/> 10,000円(世帯全員分の市町村民税所得割額の合計額が235,000円未満) <input type="checkbox"/> 20,000円(世帯全員分の市町村民税所得割額の合計額が235,000円以上) 【保健所記入】 世帯全員分の市町村民税額所得割額の合計額( )円
⑥	受給者証の 有効期間	[現在の受給者証の有効期間]	[変更後の受給者証の有効期間]
		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	【指定医療機関の医師が記載してください】 当該受給者に係る受給者証の有効期間については、以下の理由により 変更が必要となります。 病院名 医師名 【変更理由】 <input type="checkbox"/> 受給者の容体が治療に適していなかったため <input type="checkbox"/> 受給者が業務等で遠方におり、治療ができなかったため <input type="checkbox"/> その他やむを得ない理由（以下に理由を記載） 【新しい有効期間】 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

添付資料

①、②、③：住民票、免許証、保険証等

④：医師が記載した診断書（様式2-1～2-4、2-7-1～2-8までのうち、該当するものを添付）

⑤：市町村民税の課税年額を証明する書類（世帯員の増減に伴う自己負担額の変更の場合は、世帯全員の住民票を併せて添付）

注意事項

1 変更する箇所のみ記載して下さい。

2 氏名を変更する場合は、カナ・漢字とも姓・名の間の一文字分のスペースをあけて下さい。

3 ⑥の変更後については、指定医療機関の医師が記載してください。

なお、指定医療機関の医師が記載したものであれば、本届出書以外の様式での提出も可となります。

## 肝炎治療受給者証記載事項変更（訂正）届

千葉県知事 様

令和 年 月 日

健康福祉センター・保健所受付印

受給者住所 千葉市中央区1-1

受給者番号					
4	5	5	5	5	5

受給者氏名 千葉 花子

電話番号 090 - 0000 - 0000

番号	項目	変更（訂正）前	変更（訂正）後（変更箇所のみ記載してください）
①	受給者氏名	[氏名] 千葉 花子	カナ フナハシ ハナコ 漢字 船橋 花子
		[住所] ※変更後の住所は、千葉県内に限ります。	郵便番号 273-0000 市町村名 船橋 市・町・村 字・番地 ○○町1-1-1 方書
③	(訂正) 生年月日	昭和11年1月1日	昭和11年11月1日
④	病名	<input checked="" type="checkbox"/> B型 <input checked="" type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> C型 <input type="checkbox"/> 代償性肝硬変 <input type="checkbox"/> 非代償性肝硬変	<input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> C型 <input type="checkbox"/> 代償性肝硬変 <input type="checkbox"/> 非代償性肝硬変
⑤	自己負担限度額	[変更前の月額自己負担限度額] <input type="checkbox"/> 10,000円 <input checked="" type="checkbox"/> 20,000円	[変更後の月額自己負担限度額] <input checked="" type="checkbox"/> 10,000円(世帯全員分の市町村民税所得割額の合計額が235,000円未満) <input type="checkbox"/> 20,000円(世帯全員分の市町村民税所得割額の合計額が235,000円以上) 【保健所記入】 世帯全員分の市町村民税額所得割額の合計額 ( 100,000 円)
		[現在の受給者証の有効期間] 令和3年10月1日から 令和3年12月31日まで	[変更後の受給者証の有効期間] 【指定医療機関の医師が記載してください】 当該受給者に係る受給者証の有効期間については、以下の理由により変更が必要となります。 病院名 千葉県病院 医師名 ○○△△ 【変更理由】 <input checked="" type="checkbox"/> 受給者の容体が治療に適していなかったため <input type="checkbox"/> 受給者が業務等で遠方におり、治療ができなかったため <input type="checkbox"/> その他やむを得ない理由（以下に理由を記載） 【新しい有効期間】 令和4年1月1日 から 令和4年3月31日 まで

添付資料

- ①、②、③：住民票、免許証、保険証等
- ④：医師が記載した診断書（様式2-1～2-8までのうち、該当するものを添付）
- ⑤：市町村民税の課税年額を証明する書類（世帯員の増減に伴う自己負担額の変更の場合は、世帯全員の住民票を併せて添付）
- ⑥：変更後については、指定医療機関の医師が記載してください。なお、指定医療機関の医師が記載したものであれば、本届出書以外の様式での提出も可となります。

- 注意事項
- 1 変更する箇所のみ記載して下さい。
  - 2 氏名を変更する場合は、カナ・漢字とも姓・名の間を一字分あけて下さい。