

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

| 受給者番号 | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|
| | | | | | |

受給者住所 _____

受給者氏名 _____ ㊞

(自署の場合は不要)

電話番号 _____ - _____

新しい受給者証の発行を 希望する 希望しない

受給者証 送先

受給者住所に発送

管轄の健康福祉センター・保健所等に発送（受取に来て頂くことになります）

上記とは別住所に発送（発送を希望する住所を下記に記載してください）

〒 _____ 氏名 _____

_____ 連絡先 _____

(申請者との関係 _____)

| 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 | [住所] ※変更後の住所は、千葉県内に限ります。 | 郵便番号 _____ 市町村名 _____ 市・町・村 字・番地 _____ 方言書 _____ |
| ③ | （訂正）生年月日 | 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] <input type="checkbox"/> 10,000円 <input type="checkbox"/> 20,000円 | [変更後の月額自己負担限度額] <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] 年 月 日から 年 月 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 _____ 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2-1～2-8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

- 変更する箇所のみ記載して下さい。
- 氏名を変更する場合は、カナ・漢字とも姓・名の間一字分のスペースをあけて下さい。
- 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。