**肝炎治療受給者転入届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 転入前の都道府県名 | |  | | 転入年月日 | | |  | | |
| 転入前に交付されていた  受給者証について | | 有 効 期 間 受給者番号  ( 年　 月　 日　～　　 年　　 月 　　日 ) ( ) | | | | | | | |
| 受  給  者 | フリガナ |  | | | | 性　別 | | 男 ・女 | |
| 氏　　名 |  | | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日　（　　　歳） | | | | 職　業 | |  | |
| 住　　所 | 〒 　 -  富山県 | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | |
| 加　　入  医療保険 | 被保険者氏名 |  | | 受給者との続柄 | | | |  |
| 保険種別 | 協会・組合・船員・共済  国保（組合・一般）・後期 | | 記号・番号 | | | |  |
| 保険者名 |  | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | |
| 病　　名 |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 転入後に使用する  保険医療機関  又は保険薬局 | 名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※医療機関コード | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※医療機関コード |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※医療機関コード |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |

|  |
| --- |
| 富山県外から転入してきましたので、届け出ます。  　　　年　　　月　　　日  受給者氏名    富山県知事　殿 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※　受給開始月 |  |  |  |  |  |  |  | ※自己負担限度額 |  | ※所得階層 |  |

※大枠欄は、厚生センター（支所）、富山市保健所で記入。

（添付書類）　・移転元の都道府県が交付した肝炎治療受給者証の写し

　・転入後の住民票の写し