**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・退職）・後期 | 被保険者証の記号・番号 |  |
| 被保険者証発行機関名 |  |
| 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