

肝炎治療転入届出書

年 月 日

宮城県知事

殿

(〒 )

届出者住所

届出者氏名

受給者との続柄(受給者の )

下記のとおり他の都道府県において受給者証の交付を受けており、このたび、宮城県に転入したので、届出します。

他 都 道 府 県 に お け る 交 付 状 況	受給者番号					
	患 者	フリガナ				職 業
		氏名				
		生年月日	年 月 日	性 別	男 ・ 女	
	交付年月日	年 月 日	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
月額自己負担 限度額	円					
医 療 保 険	保 険 種 類		協会健保・船員・組合・共済・国保(一般・退職・組合)・後期高齢者			
	被保険者証発行機関			被保険者(本人・家族)		
	保 険 者 番 号			記号・ 番号		
宮 城 県 で の 交 付	転入年月日		年 月 日			
	転入先住所		(〒 - ) (電話 - - )			
	保 険 医 療 機 関	1	名称	所在地		市・町・村
				電話番号		
		2	名称	所在地		市・町・村
			電話番号			
3	名称	所在地		市・町・村		
			電話番号			