

肝炎治療受給者資格変更届

年 月 日

栃木県知事

様

住 所

申 請 者

氏 名

下記のとおり変更になりましたので届け出ます。

公費負担医療 の受給者番号									受給者氏名
変 更 年 月 日		※この欄は記入しないでください。 年 月 日から変更							
変 更 内 容	変 更 事 項	変 更 後							
	1 フリガナ 氏 名								
	2 住 所	〒							
	3 電話番号								
	4 保 険	保 険 種 別	協 組 船 共 国 後 その他					保 険 区 分	本人・家族
5 医療機関名 所 在 地	※インターフェロンフリー治療は、栃木県が指定している「肝疾患に関する専門医療機関」で行った場合に医療費助成の対象となります。								
	1			2			3		
	4			5					
6 フリガナ 連絡先氏名									
	7 連絡先住所								
	8 連絡先 電話番号						受 給 者 と の 続 柄		

変更する項目のみ記入してください。

※欄は記入しないでください。

変更事項が1～2の場合は、住民票等変更内容を証するものを添付してください。

変更事項が4の場合は、医療保険の資格情報が確認できる書類の写しを添付してください。

変更事項が5の場合は、すでに登録しているものを含めて記入してください。

マイナンバーを利用して届出を行う場合は、裏面についても記入してください。

【マイナンバーを利用した届出について】

マイナンバーを利用して届出を行う場合、住民票等変更内容を証する書類及び医療保険の資格情報が確認できる書類の写しの提出の省略が可能です。希望される場合は、下記にマイナンバーをご記入の上、同意する本人が署名してください。

【窓口での確認について】

1 窓口で申請者本人のマイナンバーの確認と身元確認を行いますので、下記（１）～（３）のいずれかをご持参ください。

- (1) マイナンバー
- (2) 通知カード又はマイナンバー記載のある住民票等＋顔写真入りの身分証明書
- (3) 通知カード又はマイナンバー記載のある住民票等＋顔写真の入っていない身分証明書 2種類

※代理人が届出する場合は、別途書類が必要となります。

●個人番号記入欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

●マイナンバーによる情報連携に係る同意欄

1 私は住民基本台帳に関する情報を取得することについて同意します。

氏 名

※住民基本台帳に係る情報が取得できない場合は、住民票の提出を依頼することがあります。

2 私は保険給付の支給に関する情報を取得することについて同意します。

氏 名

※保険給付に係る情報が取得できない場合は、医療保険の資格情報が確認できる書類の提出を依頼することがあります。

●DV等による非開示確認欄

DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、所在地につながる情報（所在の都道府県名又は市町村名）を秘匿可能です。

※希望する場合は下記にチェック

希望する

センター・保健所記載欄(※記入しないでください)				
本人確認	本人の番号確認	世帯員の番号確認	DV等による非開示確認	システム入力者
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 顔写真付き身分証明書 (運転免許・パスポート ・その他()) <input type="checkbox"/> 顔写真のない身分証明書(2つ) (、)	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> マイナンバー付き住民票 <input type="checkbox"/> 通知カード (代理人の場合) <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 代理人の本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード* <input type="checkbox"/> マイナンバー付き住民票 <input type="checkbox"/> 通知カード* *写しでも可	DV等による非開示確認 (サイン等)	システム入力者 (サイン等)
			DV等による非開示システム入力 (サイン等)	システム確認者 (サイン等)