

(様式第5)

肝炎治療受給者転入届				
転入前の 都道府県名				受給者番号
転入年月日		年 月 日		
受 給 者	住 所	( 〒 - ) ( 電話 )		
	ふりがな 氏 名		生年 月日	年 月 日
	病 名			
加入 医療 保険	被保険者氏名			受給者との 続 柄
	保 険 種 別	協・組・共・国・後		被保険者証の 記号・番号
	被保険者証 発行機関名			
	所 在 地			
転 入 後 受 診 す る	名称			
	所在地	( 〒 - ) ( 電話 )		
	名称			
	所在地	( 〒 - ) ( 電話 )		
	名称			
	所在地	( 〒 - ) ( 電話 )		
	名称			
	所在地	( 〒 - ) ( 電話 )		
添付書類				
上記のとおり、転入したことを届けます。				
年 月 日				受付印
届出者 住所				
氏名		印		
長崎県知事				様

転入前の都道府県の肝炎治療受給者証の写しとともに住民票及び健康保険証の写しを添えて、提出してください。