

特定疾患医療受給者転入届出書

年 月 日

広島県知事様

住所
氏名
電話番号

次のとおり広島県に転入しましたので、届け出ます。

ふりがな 患者氏名		転入前の都道府県に おける受給者番号							
性別	男・女								
生年月日	年 月 日								
住所	広島県 (電話)								
転入年月日	年 月 日								
病名									
医療機関名									
備考									

- 添付資料
- 1 転入前に交付されていた受給者証又は登録者証の写し
 - 2 世帯全員の住民票の写し
 - 3 健康保険証の写し
 - 4 所得区分に関する情報についての「同意書」(様式第16号)