



様式6号 (第8の1関係)

肝炎治療受給者証変更交付申請書				
申請者	ふりがな		職業	
	氏名		性別	男 女
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
	住所	(電話 )		
	受給者番号			
変更内容				
	項目	変更前	変更後	
	ふりがな 氏名			
	住所			
加入医療保険	被保険者氏名			
	申請者との続柄			
	保険種別			
	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			
保又は医療機関	名称			
	所在地			
	名称			
	所在地			
世帯の市町村民税(所得割)課税年額				
(市町村民税額合算対象除外希望者・記載欄)		下記の者については、申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際の市町村民税の合算対象から除外することを希望します。 除外希望者氏名(フリガナ)：		
肝炎治療受給者証の変更を申請します。 申請者氏名 年 月 日 和歌山県知事 様				

- ※1 当該申請書を提出する際には、必ず受給者証を提出してください。また、必要に応じて下記の書類を添付してください。
- 受給者の氏名または住所に変更があった場合：受給者と同一の世帯に属する全ての者について記載のある変更後の住民票の写し
  - 加入している医療保険に変更があった場合：受給者の氏名が記載された変更後の被保険者証等の写し
  - 病名に変更があった場合：医師の診断書
  - 市町村民税の課税年額(自己負担月額限度額)に変更があった場合：世帯全員の市町村民税課税年額を証明する書類
- ※2 医療機関を追加する場合は、変更後の欄のみ記入してください。