

特定疾患医療受給者転入届

年 月 日

島 根 県 知 事 様

届出者

住 所

氏 名

電話番号

次のとおり転入しましたので、届け出ます。

フリガナ 患者氏名							
生年月日	年 月 日						
住 所	〒 ー (電話 ー ー) 島根県						
転入年月日	年 月 日						
※以下受給者のみ記入							
転入前の 受給者番号	ー	ー	ー	ー	ー	転入前の 患者区分	一般 ・ 重症
加入医療保険	協会健保 健組 国保 退職国保 国組 共済 船員 後期高齢						
	保険証発行 機関名					被保険者名	
病 名							
医療機関名							
備 考							

- 添付書類
- 1 転入前に交付されていた受給者証の写し
 - 2 住民票の写し
 - 3 医療保険証の写し (受給者のみ)
 - 4 同意書 (様式第12号) (受給者のみ)