

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

印

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			性別	男・女
生年月日	年 月 日			
住 所	〒 — (電話 — —) 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			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) |

