様式第９号

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	〒　　－　　（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　医療保険の資格情報が確認できる資料（受給者のみ）
４　同意書（様式第１２号）（受給者のみ）