

## 肝炎治療受給者転入届

年 月 日

茨城県 保健所長 殿

**【申請者】**  
 (〒 - )  
 住 所  
 氏 名  
 (受給者との続柄 : )  
 電 話 ( ) -

下記の事由のとおり住所を変更したので届け出ます。

記

受給者番		性別	男 ・ 女
氏 名		生 年 月 日	年 月 日生
新 住 所	(〒 - )		
前 住 所	(〒 - )		
加 入	保 険 種 別	1 協会けんぽ    2 組合健保    3 船員保険    4 共済組合 5 国保組合    6 国保一般    7 国保退職者    8 後期高齢者	
	医 療	1 被保険者本人 2 被保険者の家族等 (被保険者氏名 ) (被保険者との続柄 )	
保 険	被保険者証	名 称	
	発 行 機 関	所在地	
医療機関	名称	所在地	
	名称	所在地	

注) 1 転入前に交付されていた受給者証(写)、保険証及び世帯全員の内容が記載されている住民票を添付してください。