

**肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業**  
 (愛知県肝がん・重度肝硬変患者医療給付事業)参加者証記載事項変更届(保険証等)

愛 知 県 知 事 殿

申 請 者 住 所

氏 名

参加者との続柄

下記のとおり変更になりましたので届けます。

区分	※※受給者番号	※※通知番号	令和	年	月	日			
3	感対第	—	申請日						
変更前	フリガナ	性別	変 更 事 項						
	参加者氏名	男・女	1 保険証	2 適用区分					
変更後	1 保険種別	1 2 3 4 5							
		協 組 共 国 後期高齢							
	1 記号番号				保険者コード番号				
	被保険者氏名			被保険者証発行機関名称					
	2 適用区分	1 (工 69歳以下)	2 (才 69歳以下)	3 (Ⅲ一般 70歳以上)	4 (Ⅱ住民税非課税 70歳以上)	5 (Ⅰ住民税非課税 70歳以上)			
変更後	1 保険種別	1 2 3 4 5							
		協 組 共 国 後期高齢							
	1 記号番号				保険者コード番号				
	被保険者氏名			被保険者証発行機関名称					
	2 適用区分	1 (工 69歳以下)	2 (才 69歳以下)	3 (Ⅲ一般 70歳以上)	4 (Ⅱ住民税非課税 70歳以上)	5 (Ⅰ住民税非課税 70歳以上)			
3 事業申請期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日

受付欄	※ 保健所受付印・受付番号		※ 経由印・経由年月日		※※ 県 受 付 印	
	保第					
	保健所(保健センター)コード番号		令和		年 月 日	

- (注)
- 1 参加者証を添付してください。
  - 2 変更事項欄の該当項目を○で囲んでください。