

転 入 届

神奈川県知事 殿

| | |
|---------------------|-------|
| 届出日 | 年 月 日 |
| 受給者住所 〒 | - |
| 氏名 | |
| 電話番号 () | |

神奈川県へ転入しましたので、次のとおり届け出ます。

この書類に、次の書類を添付してください。

- ・住民票等の写し(コピーのことではありません。)

住民票の写しは運転免許証のコピーなどでも構いませんが、転入日より有効な受給者証の交付を希望する場合は、住民票の写しを添付してください。それ以外の場合は、申請日を始期とする受給者証を交付します。

- ・転出した都道府県の肝炎治療受給者証のコピー

肝炎治療受給者証のコピーがない場合は、県がん・疾病対策課から転出都道府県の担当課に確認を行いますので、通常の交付より時間がかかる場合があります。

※転出した都道府県にて独自の制度(自己負担無料など)であった場合も、当県では自己負担が発生しますのでご了承ください。

- ・健康保険証のコピー

| | | | | | |
|---------------------|---|---|-------------------------|----------------------------------|--|
| フリガナ 氏名 | | | | 疾患名 (該当するものに○印) | 1.B型慢性肝炎 2.C型慢性肝炎 3.B型代償性肝硬変 4.B型非代償性肝硬変 5.C型代償性肝硬変 6.C型非代償性肝硬変 |
| 生年月日 | 年 月 日 | 性別 (該当するものに○印) | 男・女 | | |
| 治療方法 (該当するものに○印) | インターフェロン | 1. インターフェロンα 2. インターフェロンβ 3. ペグインターフェロン製剤単独 4. インターフェロンα製剤+リバビリン製剤 5. インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤 6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤+テラプレビル<3剤併用療法> 8. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤+シメプレビル<3剤併用療法> 9. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤+パニプレビル<3剤併用療法> | | | |
| | 核酸アナログ製剤 | 10. 核酸アナログ製剤 | | | |
| | インターフェロンフリー | 11. ダクラタシル+アスナプレビル 12. ソホスビル+リバビリン 13. レジパスビル+ソホスビル 14. オムビタシル+パリタプレビル+リトナビル 15. グラソプレビル+エルバシル 16. オムビタシル+パリタプレビル+リトナビル配合錠+リバビリン併用療法 17. グレカプレビル+ビプレントシル配合錠 18. ソホスビル+ベルパタシル配合錠 19. ソホスビル+ベルパタシル配合錠+リバビリン併用療法 | | | |
| 新住所 | 〒 - | | | | |
| 電話番号 () | | 本転入日 | 年 月 日 | | |
| 保険種別 (該当するものに○印) | 協会けんぽ・組合・船員・日雇・後期高齢・共済・国保・退職国保・国組・その他() | | 被保険者との続柄 (該当するものに○印) | 本人・配偶者・親子・兄弟姉妹・その他() | |
| 被保険者氏名 | | | 被保険者証 記号・番号 | | |
| 被保険者証 発行機関名 | | | 保険者番号 | | |
| 転入前の住所 | 都・道 府・県 | 市・区 町・村 | | | |