

# 登録事項変更届

神奈川県知事 殿

下記のとおり、登録事項を変更しましたので届け出ます。

## 【変更前情報】

届出日： 年 月 日

届出者氏名	
届出者住所	〒 -
届出者電話番号	( )
受給者との続柄 (該当するものに○)	本人 ・ 家族 ・ その他 ( )
受給者番号	
受給者氏名	

## 【変更後情報】

### <氏名の変更>

フリガナ	
氏名	

### <住所・電話番号の変更>

住所	〒 -
電話番号	( )

### <保険証の変更> ※現在の受給者証を引き続きご利用いただけます。(新しい受給者証は交付されません。)

被保険者氏名		被保険者との続柄 (該当するものに○)	本人・家族・その他 ( )
記号・番号		保険者番号	
発行機関名		変更年月日:	年 月 日

### <その他の変更>

所得階層の変更等	
----------	--

※ 下記の場合は、新規の申請が必要となります。この書類では変更できませんので御注意ください。

- (1) インターフェロン治療から核酸アナログ製剤治療への変更
- (2) 核酸アナログ製剤治療からインターフェロン治療への変更
- (3) インターフェロン治療からインターフェロンフリー治療への変更
- (4) インターフェロンフリー治療の薬剤変更