

(別紙様式4-2号)

肝炎治療受給者証有効期間変更届

宮崎県知事 殿

(受給者記載欄)

私は、肝炎治療に関して、 年 月より治療を開始しますので、受給者証の有効期間を変更して
くださるようお願いいたします。

※以下の項目に記入の上、署名してください。

記載年月日	
受給者氏名	
受給者番号	
治療名	<input type="checkbox"/> (B型 ・ C型) インターフェロン治療 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療 <input type="checkbox"/> 核酸アナログ製剤治療

(担当医記載欄)

上記患者の肝炎治療について、下記のとおり変更して下さるようお願いいたします。

※以下の項目に記入の上、署名してください。

記載年月日	
医療機関名	
所在地	
担当医師名	
受給者証有効期間	変更前 年 月 ～ 年 月
	変更後 年 月 ～ 年 月
変更理由	該当するものにチェックをし、その理由をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 受給者の都合によるもの (理由:) <input type="checkbox"/> 医学的理由によるもの (理由:) <input type="checkbox"/> その他 (理由:)