

特定疾患転入届

神奈川県知事 殿

年 月 日

住所

届出者 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。
お手続きの際には、各種証明書類も併せて御提出いただきます。裏面を御参照願います。

ふりがな			
受給者氏名	(氏名変更がある場合) 旧姓:		
生年月日	年	月	日
住所	〒 ー 電話 ()		
送付先住所 (上記住所と異なる場合)	〒 ー 電話 ()		
	送付先氏名:		
疾患名			
神奈川県転入日	年	月	日
転入前の住所	都道府県	市区町村	
過去の神奈川県での受給歴	あり ・ なし (ありの場合) 神奈川県を受給者番号:		
今回の届出で希望する受給者証の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 ※開始日は、神奈川県への転入日となります。ここに記載した有効期間が含まれている、転入前の都道府県の受給者証の写しを添付してください。 添付できない場合、その理由()		

提出時には次の書類を添付してご申請ください。

1. 現住所を確認できる書類
2. 転入前の自治体で交付された医療受給者証のコピー
3. (医療保険に変更がある場合)健康保険証等のコピー

➡社会保険に変更となった場合、被保険者が市町村民税非課税の場合には、非課税証明書

➡国民健康保険組合に変更となった場合、組合員全員の課税証明書