様式第7号

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	〒　　ー
届出者電話番号	（　　）
受給者との続柄 （該当するものに〇）	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	〒　　ー
電話番号	（　　）

<加入医療保険の変更> ※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 （該当するものに〇）	本人・家族・その他（　　）
記号・番号		保険者番号	
保険者名		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