

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。

・医療保険の加入関係の確認書類（マイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」のコピー、「資格確認書」のコピー等）

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. レジバシル+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. グラゾプレビル+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+ピブレンタシル配合錠 18. ソホスビル・ペルパタシル配合錠 19. ソホスビル・ペルパタシル配合錠+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			記号・番号		
保険者名			保険者番号		
転入前の住所	都・道 府・県		市・区 町・村		