

(様式第9号)

年 月 日

山形県知事 殿

(届出者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(受給者との続柄: )

電話番号 \_\_\_\_\_

## 肝炎治療転入届出書

他都道府県において受給者証の交付を受けており、山形県に転入したので  
下記必要書類を添付し届出ます。

### 記

- 1 肝炎治療受給者証交付申請書
- 2 転出都道府県において交付された受給者証の写し

上記1, 2の書類および住民票と健康保険証の写しを添付してください。

1については表面のみ記入してください。

本届出書により交付される受給者証の有効期間は、本県転入日から、転出都道府県で  
交付された受給者証の有効期間満了日になります。