

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証変更届															
申請者 （医療の給付を受けようとする者）	ふりがな 氏名									性別		男・女			
	生年月日	年 月 日													
	住所	(電話)													
	個人番号														
	加入医療保険	被保険者氏名								申請者との続柄					
		保険種別				協・組・共・国・後				記号・番号					
		保険者番号													
病名															
本助成制度 利用歴		1．あり 2．なし 公費負担者番号・受給者番号（ ） 有効期間（ 年 月 日～ 年 月 日）													
上記のとおり、変更が生じたため届出を行います。															
申請者氏名 (代理人の場合は代理人の氏名を記載)															
年 月 日															
宮崎県知事 殿															