

医療機関等追加届

年 月 日

岡山県知事 殿

(届出者) 住 所  
 氏 名 印  
 続 柄  
 電話番号 ( ) -

次のとおり、肝炎治療特別促進事業に係る医療機関・保険薬局の追加を届け出ます。

ふりがな 受給者氏名			性別	
住 所				
受給者番号				
病 名				
受診保険医 療機関又は 保険薬局	所 在 地			
	名 称			
	電話番号	( )	-	
受療開始日	年 月 日			

(注意事項)

- ・保健所窓口で追加医療機関等を加筆修正・押印の後、コピーをとらせていただきます。
- ・なお、郵送で提出される場合で受付の連絡が必要な場合は、下記のいずれかの連絡手段にチェックをして下さい。

上記記載の電話番号への電話による連絡

上記記載の住所への文書による連絡