

# 特定疾患転入届

特定疾患登録事項について、下記のとおり届出します。

神奈川県知事 殿

住所	年	月	日
届出者 氏名			
電話番号			

氏名	フリガナ											
マイナンバー												
生年月日	大正 / 昭和 / 平成 / 令和 年 月 日											
電話番号	( )											
住所	〒 _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>神奈川県</span> <span>市・郡</span> <span>区・町村</span> </div>											
疾患名												
加入保険	協会 / 組合 / 船員 / 共済 / 後期高齢 / 国保						保険の区分		被保険者本人 / 被保険者の家族			
被保険者氏名							被保険者続柄					
保険者名称							被保険者証記号番号					
神奈川県転入日	年 月 日											
転入前の住所	都道府県						市区町村					
過去の神奈川県での受給歴	あり ・ なし (ありの場合) 神奈川県を受給者番号:											
送付先 (上記住所と異なる場合)	氏名	フリガナ										
	住所	都道府県						市区町村				

保健所等受領印	県受領印