

第5号様式(第6条関係)

肝炎治療受給者証再交付申請書

下記のとおり肝炎治療受給者証の再交付を申請します。

公費負担医療 の受給者番号		
住 所		
受給者氏名		
生 年 月 日	年 月 日	男・女
疾 病 名		
保険医療 機関等	名 称	
	名 称	
有 効 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	
再交付を受ける理由	破損 汚損 紛失 その他()	

年 月 日

申請者氏名

(受給者との続柄)

大分県知事

殿