

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()	
【委任状】 手続きを代理人に委任する場合は、 <input type="checkbox"/> にチェックを入れ、代理人の氏名等を記入すること。 <input type="checkbox"/> 私（受給者）は上記手続きに際し、下記の者を代理人として委任します。 (委任者（受給者）) (代理人) 氏 名 : 氏 名 : 生年月日 : 住 所 : 住 所 : 続 柄 : 連 絡 先 : 連 絡 先 :			

申請者氏名 _____

年 月 日

大分県知事

殿