

肝炎治療受給者証再交付申請書

年 月 日

徳島県知事 殿

申請者住所 〒

(電話番号) - - - -)

申請者氏名

(受給(登録)者との続柄))

肝炎治療受給者証を(破損・亡失)したので再交付を申請します。

受給者氏名									病名																						
受療医療機関名 (再交付が必要な医療機関を全て記入)	所在地																														
	機関名																														
	所在地																														
	機関名																														
	所在地																														
	機関名																														
公費負担番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
有効期間	年 月 日から												年 月 日まで																		
保健所チェック欄(申請者は記入しないでください。)																															
送付先	1 受給者住所																														
	2 受給者以外																														