

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|----|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 | | | | | | | | | | | | 受給者番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |