

ウイルス肝炎医療費受給者証 再交付申請書

受給者	受給者番号									有効期間	年	月	日	から
											年	月	日	まで
	氏名													
	住所													
申請理由		破 損 ・ 汚 損 ・ 紛 失												

上記理由により、ウイルス肝炎医療費受給者証の再交付を申請します。

年 月 日

住 所 (〒 -)

申請者

(電話 - -)

氏 名

受給者との続柄 ()

_____保健所長 様

管轄保健所收受印欄

(注) 破損又は汚損の場合は、受給者証を添付してください。