

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<br>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<br>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