

(様式第6)

肝炎治療受給者証再交付申請書				
肝炎治療受給者証		公費負担者番号		
		受給者番号		
受給者	住所	(〒 -) (電話)		
	ふりがな 氏名	生年 月日	年	月 日
	病名			
肝炎治療受給者証に				
記載されている				
医療機関及び薬局名				
再交付申請する理由				
上記のとおり、肝炎治療受給者証の再交付を申請します。				
年 月 日				
申請者 住所				
氏名		印		受付印
長崎県知事 様				