

(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	大昭 平令	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。					
令和 年 月 日					
申請者 住所					
氏名					
長崎県知事 様					
					受付印